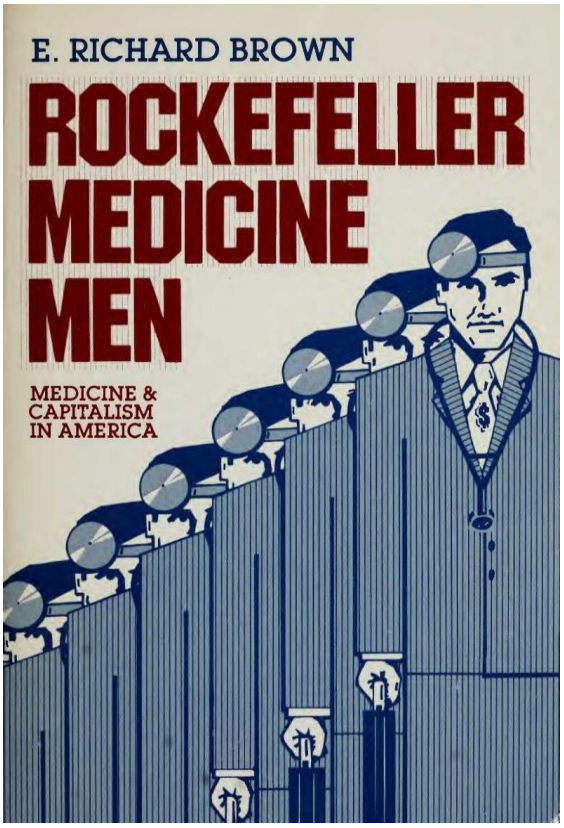
Э. Ричард Браун

# МЕДИКИ РОКФЕЛЛЕРА

## МЕДИЦИНА И КАПИТАЛИЗМ В АМЕРИКЕ

# МЕДИКИ РОКФЕЛЛЕРА
# МЕДИЦИНА И КАПИТАЛИЗМ В АМЕРИКЕ

## Э. Ричард Браун




Издательство Калифорнийского университета, Беркли, Лос-Анджелес, Лондон

Выдержки из Авраама Флекснера,

Авраам Флекснер: Автобиография, авторские права © 1940 Авраама Флекснера и © 1960 Джин Флекснер Льюисон и Элеанор Флекснер, перепечатано с разрешения Simon & Schuster.

Издательство Калифорнийского университета
Беркли и Лос-Анджелес, Калифорния
Издательство Калифорнийского университета, Лтд.
Лондон, Англия

Авторские права © 1979 г.
Регенты Калифорнийского университета

Первая печать в мягкой обложке, 1980 г.
ISBN 0-520-04269-7
Номер каталожной карточки Библиотеки Конгресса: 78-65461. Напечатано в Соединенных Штатах Америки.

**ПЕРЕВОД И РЕДАКИЦИЯ: DJSI, 2025 Г.**

*Марианне, Делии и Адриенне*

«Никто не может и не должен игнорировать эту книгу. Это красноречивая, хорошо документированная и обличительная оценка исторического союза медицины и капитализма и его влияния на формирование современной системы здравоохранения».

**— Washington Post Book World**

«С этим тезисом не обязательно соглашаться, хотя в нём есть большая логика. Случай хорошо изучен и представлен в интересной форме. Эта книга должна быть интересна широкой медицинской аудитории и всем, кто интересуется развитием изменений в сфере здравоохранения».

**— Медицинский журнал Новой Англии**

«В последние десять лет все больше внимания уделяется анализу американской системы здравоохранения с точки зрения борьбы между предпринимательскими силами частной практики и силами, способствующими усилению бюрократизации... Основываясь на работах руководителей Рокфеллеровской и других филантропических организаций, Браун концентрируется на усилиях врачей и корпоративных интересов по продвижению научной медицины и современного медицинского образования в конце XIX и начале XX веков... Важная книга».

**- Выбор**

«События, связанные с развитием научной медицины и медицинского образования в период непосредственно до и после доклада Флекснера 1910 года, безусловно, были досконально изучены историками медицины. Неоценимая заслуга Брауна в том, что он смог охватить значительную часть той же темы и при этом переосмыслить её совершенно оригинальным образом... Он задал тон будущим исследованиям на долгие годы».

**—Бюллетень истории медицины**

«Прекрасная работа… важное дополнение к растущему числу работ, которые подвергают сомнению ортодоксальные и устоявшиеся объяснения медицины и медицинского профессионализма».

**— Винсент Наварро, доктор медицины, Университет Джонса Хопкинса**

«Выдающийся вклад в литературу по политической экономии здравоохранения... объединяющий материал из различных дисциплин — экономики, социологии, политологии, эпидемиологии, истории и социальной политики... устанавливает стандарт для прогрессивных

авторов, пишущих о здравоохранении».

**—Джон МакКинли, Бостонский университет**

«Браун написал основополагающую работу о развитии современной научной и технологической парадигмы американской медицины... Крайне важно, чтобы эту книгу прочитали потребители медицинских услуг».

**— Antioch Review, издательство Калифорнийского университета, Беркли, 94720**

# Благодарности

Идея этой книги возникла из моих занятий по политической экономии здравоохранения. Мы с моими студентами задавались вопросом, как возникла нынешняя система. Поиск ответов привёл меня к истории медицины, публикациям в журналах[1] того периода и архивным файлам филантропических фондов Рокфеллера и Карнеги. Архивы содержали богатую информацию о мыслях, политике и действиях некоторых из самых влиятельных людей в истории американской медицины.

Поиски достигли кульминации в этой книге. Но книга была бы невозможна без щедрой помощи, восторженного интереса и личной поддержки многих людей. Я особенно благодарен Говарду Вайцкину, Уильяму Корнхаузеру, Барбаре Эренрайх, Герту Бригеру и Майклу Пинкусу, каждый из которых дал мне подробную и вдумчивую критику основных частей рукописи вместе с большой поддержкой. Я также получил полезную критику и поддержку от Энн Джонсон, Джона Гарфилда, Шарлин Харрингтон, Барбары Уотерман, Джеймса О'Коннора, Дэна Фешбаха, Ивана Иллича, Дэвида Горовица, Джун Фишер, Кэтрин Джонсон, Джека Лондона, Джейн Грант, Тома Боденхаймера, Сары Макинтайр, Джо Селби, Ларри Сиротты и Мирны Козен. Говард Берлинер был исключительным коллегой, делящимся идеями и материалами в совместных усилиях по пониманию этих малоизученных вопросов.

Моя жена Марианна Паркер Браун постоянно меня подбадривала, критиковала и поддерживала, даже когда бремя семьи и домашнего хозяйства ложилось на её плечи непропорционально тяжёлым бременем. Мои дочери, Делия и Адриенна, были не по годам понимающими, пока их отец «работал над книгой».

Сотрудники Архива Фонда Рокфеллера, Архива семьи Рокфеллеров (ныне объединенных в Архивный центр Рокфеллера), а также Фонда Карнеги по развитию преподавания оказали мне огромную помощь, предоставив удобные рабочие условия и сделав мои исследования в Нью-Йорке невероятно продуктивными. Сотрудники Службы информации по медицинским наукам и Службы доставки библиотек Калифорнийского университета сэкономили мне бесчисленное количество часов, потраченных на поиск книг и журналов в отдаленных библиотеках кампуса Беркли.

Ева Сципио, Рут Маккитер и Сандра Голвин умело перепечатывали фрагменты рукописи на разных этапах. Эстель Елинек тщательно и вдумчиво редактировала окончательный вариант рукописи.

Значительная часть исследований для последней главы была

[1] Журнал Американской медицинской ассоциации в дальнейшем сокращенно обозначается как JAMA.

проведена мной, когда я был консультантом проекта «Детство и государство» на юридическом факультете Калифорнийского университета. Программа здравоохранения и медицинских наук, также в Беркли, помогла оплатить расходы на мою исследовательскую поездку в архивы Нью-Йорка.

Архивный центр Рокфеллера и Фонд Карнеги по развитию преподавания любезно предоставили мне разрешение опубликовать выдержки из их файлов.

# Введение

Кризис современной системы здравоохранения глубоко укоренён в переплетённой истории современной медицины и корпоративного капитализма. Основные группы и силы, сформировавшие медицинскую систему, посеяли семена кризиса, с которым мы сталкиваемся сейчас. Медицинская профессия и другие группы заинтересованные группы пытались поставить медицину на службу своим узким экономическим и социальным интересам. Фонды и другие институты корпоративного класса настаивали на том, чтобы медицина служила потребностям «их» корпоративно-капиталистического общества. Диалектика их общих усилий и столкновений, а также экономические и политические силы, приводимые в движение их действиями, формировали систему по мере её развития. Из этой истории возникла медицинская система, которая плохо отвечает потребностям общества в области здравоохранения.

Наиболее очевидными проблемами системы здравоохранения в США являются стоимость, инфляция и недоступность медицинской помощи. Общие расходы на здравоохранение в этой стране в 1979 году превысили 200 миллиардов долларов, почти по 1000 долларов на каждую женщину, мужчину и ребёнка. Сейчас на медицинские расходы уходит гораздо больше ресурсов общества, чем когда-либо прежде; в 1980 году на здравоохранение было потрачено вдвое больше валового национального продукта, чем в 1950 году.

Мы оплачиваем эти расходы через налоги, страховые взносы и напрямую из своего кармана. Государственные расходы — четыре из десяти долларов, потраченных на личные медицинские услуги, — покрываются из наших налогов. Частное медицинское страхование и прямые выплаты из собственного кармана составляют примерно три из десяти долларов. Независимо от формы, все 200 миллиардов долларов — это труд мужчин и женщин в обществе. Президент Картер подсчитал, что среднестатистический американский работник работает один месяц в году только для того, чтобы оплатить расходы на здравоохранение [2].

Большинство людей считают, что за эти деньги они должны получать много, но вместо этого обнаруживают, что даже необходимую помощь сложно получить. Врачей первичной медицинской помощи – терапевтов, педиатров, гинекологов – не хватает. Врачи и больницы сосредоточены в «лучших» районах наших городов и практически отсутствуют в бедных районах и сельской местности нашей страны. Для миллионов американцев, охваченных Medicaid (государственной программой субсидирования малоимущих, получающих государственную помощь), это покрытие было таким же скудным и унизительным, как и унизительные клиники, которые оно должно было

[2]Нью-Йорк Таймс, 26 апреля 1977 г.

заменить. Средний класс и бедные слои населения сталкиваются как минимум с длительным ожиданием приема у врачей, что является одним из наиболее распространенных ограничений доступа к ним. Вместо того чтобы создать гуманную и доступную систему медицинского обслуживания, Medicare и Medicaid способствовали росту медицинских расходов, вливая новые средства в частную систему, готовую вложить каждую копейку в расширение, технологии, высокие зарплаты и прибыли.

Вторая, несколько менее широко обсуждаемая проблема заключается в относительно небольшом влиянии медицинской помощи на состояние здоровья населения. Несмотря на изобилие новых диагностических процедур, лекарств и хирургических методов, мы не настолько здоровы, какими, как мы полагали, нас сделают эти медицинские чудеса. Некоторые критики, такие как социальный философ Иван Иллич [3], обвиняют медицину в том, что она делает нас более больными — физически, политически и культурно — чем мы были бы без нее. Многие аналитики документировали функции социального контроля медицинской профессии, частое неблагоприятное воздействие медицинских технологий на наше здоровье и игнорирование медициной важных физических и социальных факторов окружающей среды на наше здоровье[4]. Вместо того, чтобы медицина освобождала нас от страданий и зависимости от болезни, мы обнаруживаем, что ее угнетающие элементы росли по крайней мере так же быстро, как и ее технические достижения.

Почему медицинская помощь так быстро подорожала? Почему она так многочисленна, но при этом так недоступна? Как медицина смогла стать настолько технически сложной, оставаясь при этом безразличной к социальным проблемам и даже репрессивной?

Популярный, но слишком поверхностный ответ заключается в том, что такие проблемы характерны для технологий и индустриальных обществ. Согласно этому аргументу, технологии и индустриализация накладывают свои собственные ограничения на формы социальной организации и порождают схожие типы проблем, которые требуют схожих решений. Медицинский социолог Дэвид Меканик считает, что проблемы стоимости, организации и этические дилеммы в медицине

[3]Иван Иллич. Медицинская немезида. Экспроприация здоровья (Нью-Йорк: Пантеон, 1976).

[4]См., например, Рене Дюбо, «Мираж здоровья» (Гарден-Сити, Нью-Йорк: Anchor Books, 1959); Марк Лалонд, «Новый взгляд на здоровье канадцев» (Оттава: Правительство Канады, 1974); А. Л. Кокрейн. «Эффективность и результативность: случайные размышления о медицинских услугах» (Лондон: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972); Рик Дж. Карлсон, «Конец медицины» (Нью-Йорк: John Wiley, 1975); Говард Б. Вайцкин и Барбара Уотерман, «Эксплуатация болезни в капиталистическом обществе» (Индианаполис, Индиана: Bobbs-Merriil , 1974); и Джон Эренрайх, ред., «Культурный кризис современной медицины» (Нью-Йорк: Monthly Review Press, 1978).

широко распространены в индустриальных странах, и приходит к выводу, что «потребности медицинских технологий и рост научной базы медицинской деятельности оказывают давление в сторону общих организационных решений, несмотря на сильные идеологические различия»[5]. Иллич утверждает, что «патогенная медицина является результатом промышленного перепроизводства»[6]. С этой точки зрения, технологии живут своей собственной жизнью, навязывая свои императивы отдельным людям и социальной организации. Сосредоточившись на широко распространенных моделях промышленной организации и технологического развития, эти аналитики приходят к выводу, что технологии и индустриализация являются универсальными определяющими силами.

Такой технологический детерминизм игнорирует конкретную историю взаимодействия общества и технологий. С точки зрения марксизма, технологии и экономическая организация постоянно формируют друг друга в диалектическом процессе. Индивиды и группы, владеющие ресурсами и контролирующие организацию производства, не будучи во власти «нейтральных» технологий, внедряют инновации, служащие их собственным целям, и противостоят тем, которые служат иным интересам, нежели их собственные. Эти инновации могут игнорировать более широкие общественные потребности и наносить ущерб интересам других. Машины и фабрики подрывали автономию и даже экономическое существование независимых ремесленников. Больницы и их дорогостоящее оборудование могут привязывать многих медицинских работников к монотонной работе и расходовать средства, которые в противном случае могли бы быть направлены на более широкомасштабные общественные клиники. Те, кого затрагивают эти технологические достижения, могут сопротивляться им и добиваться их изменений. Рабочие могут объединяться в профсоюзы и получать определенный контроль над производственными отношениями. Сообщества могут организовываться, чтобы блокировать расширение больниц и способствовать развитию большего числа общественных клиник. Подводя итог, можно сказать, что политико-экономическая организация общества порождает определенные типы технологических инноваций, и эти инновации порождают новые социальные силы, которые изменяют технологию и политико-экономические отношения[7].

[5]Дэвид Меканик, «Рост бюрократической медицины» (Нью-Йорк: John Wiley , 1976), стр. 42; и его же «Политика, медицина и социальные науки» (Нью-Йорк: John Wiley, 1974), гл. 3

[6]Ильич, «Медицинская Немезида», с. 211

[7]См. превосходную критику индустриализма и технологического детерминизма в книге Робина Блэкберна «Краткое руководство по буржуазной идеологии» в книге под ред. А. Кокберна и Р. Блэкберна «Студенческая сила» (Балтимор: Penguin, 1969), стр. 163–213; краткое обсуждение в познавательной книге Дэвида Нобла «Америка

В этой книге научная, технологическая медицина рассматривается не как определяющая сила развития современного здравоохранения, а как инструмент, разработанный представителями медицинской профессии и корпоративного класса для удовлетворения их потребностей. Отдельные лица и группы, обладающие необходимыми ресурсами, могут использовать их для разработки определённых видов технологических инноваций в медицине. Те же, кто обладает необходимыми ресурсами, могут также использовать полученные технологические инновации для удовлетворения своих экономических и социальных потребностей.

В Соединённых Штатах медицина достигла зрелости в тот же период, когда корпорации стали доминировать в экономике в целом. По мере развития корпоративного капитализма он изменил многие общественные институты, в том числе и медицину. Её влияние было обусловлено не только культурной ассимиляцией или требованиями промышленной организации, но и людьми, действовавшими от её имени. Такая интерпретация не предполагает, что история вершится тайными заговорами. Скорее, она утверждает, что класс, непропорционально владеющий, управляющий и получающий прибыль от господствующей экономической системы, будет непропорционально сильно влиять и на другие сферы общественных отношений.

Представители корпоративного класса, включая тех, кто владеет значительной долей корпоративного богатства, а также топ-менеджеры крупных корпоративных учреждений, естественным образом стремятся обеспечить выживание капиталистического общества и сохранение своих позиций в его социальной структуре. В случае с медициной представители корпоративного класса, действуя главным образом через филантропические фонды, сформулировали стратегию развития медицинской системы, отвечающей потребностям капиталистического общества. Они считали, что их цели в области медицины принесут пользу обществу в целом, так же как они считали, что частное накопление богатства и частные решения об использовании этого богатства и доходов отвечают наилучшим интересам общества. В этой книге мы рассмотрим стратегии, разработанные ими в эпоху Прогрессизма, и мотивы их действий, в значительной степени опираясь на общественные и частные взгляды некоторых лиц, игравших центральную роль в этих усилиях. Мы опишем и проанализируем интересы и стратегии медицинской профессии и корпоративного класса, которые развивались независимо, объединялись, а затем сталкивались. Мы также увидим, что государство всё чаще берёт на себя стратегии и борьбу, начатые

по замыслу — наука, технология и рост корпоративного капитализма» (Нью-Йорк: Knopf, 1977), особенно введение; а также критику индустриализма Висенте Наварро в его обзоре работы Иллича в книге «Медицина при капитализме» (Нью-Йорк: Prodist , 1976), стр. 103–131.

корпоративным классом.

Корпоративный класс влиял на медицину, но не мог контролировать её полностью. Рыночная система в здравоохранении предоставляет группам особых интересов, включая сегодня врачей, больницы, страховые компании, фармацевтические компании, а также компании, занимающиеся поставками и оборудованием медицинского назначения, возможность развивать собственную экономическую власть, что позволяет им занимать и защищать свои позиции на рынке. Более крупный бизнес-класс стоит «выше» этих групп интересов, пытаясь укротить и координировать действия гиганта, но, тем не менее, приверженный частной собственности и контролю, а также пользующийся легитимирующими и культурными функциями медицины. Взаимоотношения и противоречия, возникшие между корпоративным классом и этими группами медицинских интересов, оказали глубокое влияние на организацию и содержание современной медицинской системы.

## ВРАЧИ

Сегодня трудно поверить, что в конце XIX века медицинская профессия не обладала ни властью, ни богатством, ни статусом. Медицина того времени была плюралистичной в своих теориях о болезнях, технически неэффективной в профилактике или лечении заболеваний и разделена на несколько враждующих сект. Существующие профессиональные организации практически не контролировали приход новых врачей в эту область. Врачи как группа были всего лишь разрозненными представителями низшего профессионального слоя, зарабатывая от нескольких сотен до нескольких тысяч долларов в год и не имея особого статуса среди населения.

Однако к 1930-м годам медицина прочно находилась в руках организованной профессии, которая контролировала вход в эту область посредством лицензирования и аккредитации медицинских школ и учебных больниц. Профессия также контролировала практику и экономику медицины через местные медицинские общества. «Медицина» стала означать область клинической практики выпускников школ, которые следовали научным, клиническим и исследовательским направлениям, установленным Американской медицинской ассоциацией (AMA) и Авраамом Флекснером в знаменитом отчете для Фонда Карнеги, Все остальные целители были исключены из практики. Врачи все чаще привлекались только из среднего и высшего классов. Средний чистый доход врачей в 1929 году составлял 3758 долларов, что выше среднего показателя для преподавателей колледжей, но ниже профессорско-преподавательского состава Йельского университета и ниже среднего

показателя для инженеров-механиков[8]. В целом, врачи быстро росли в доходах, власти и статусе среди всех профессиональных групп.

В 1970-х годах врачи продолжали подниматься на верхние ступени классовой структуры Америки. Средний чистый доход врачей, работающих в офисе, — 63 000 долларов в 1976 году — помещает их в несколько верхних ступенек структуры доходов общества. В 1939 году средний заработок врачей был в два с половиной раза выше, чем у других штатных работников, но к 1976 году разрыв увеличился до пяти с половиной раз. Врачи занимают, наряду с судьями Верховного суда, высшую ступень иерархии профессиональных статусов. Согласно недавним опросам общественного мнения, больше американцев доверяют медицинской профессии, чем любому другому американскому институту, включая высшее образование, правительство (конечно же) и организованную религию[9].

Рост «производительности» стал важным фактором в стремлении врачей повысить свои доходы, статус и влияние. Медицинская профессия резко контролировала подготовку новых врачей и делегировала техническим специалистам и парапрофессионалам, находящимся ниже их по званию, задачи, которые им больше не интересны или не приносят прибыли. В связи с быстрым развитием медицинских технологий все больше задач передавалось вниз по цепочке растущему кадровому потенциалу здравоохранения. В начале этого века двое из трех работников здравоохранения были врачами. Из более чем 4,7 миллиона работников здравоохранения сегодня только один из двенадцати является врачом. Таким образом, врачи все чаще становятся руководителями медицинской помощи пациентам, а не ее непосредственными поставщиками[10].

В качестве медицинских менеджеров врачи оказались вынуждены покинуть частную практику и начать работать в больницах, исследовательских, учебных, государственных и других учреждениях. Сегодня в таких учреждениях работают четверо из десяти врачей, по

[8]Уильям Вайнфилд , «Доход врачей, 1929–1949», Обзор текущего бизнеса, 31 (июль 1951 г.), стр. 11; и Морис Левин, «Доходы врачей: экономический и статистический анализ, Комитет по расходам на медицинское обслуживание», публикация № 24 (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1932 г.). стр. 88.

[9]Закари Й. Дайкман. «Исследование гонораров врачей (Вашингтон, округ Колумбия: Президентский совет по стабильности заработной платы и цен, март 1978 г.)», стр. 74–75. Опросы Харриса опубликованы в Newsweek, 10 декабря 1973 г., стр. 45, и New York Times, 12 июня 1977 г., стр. 55. См. также Наварро, «Медицина при капитализме», стр. 135–169.

[10]О доминировании врачей см. Victor R. Fuchs, Who Shall Live Health, Economics, and Social Choice (Нью-Йорк: Basic Books, 1974), гл. 3; Eliot Freidson , Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge (Нью-Йорк: Dodd, Mead and Co., 1970); и Barbara Ehrenrei. чанд Джон Эренрайх, «Медицина и социальный контроль», в книге под ред. Дж. Эренрайха «Культурный кризис», стр. 39–79.

сравнению с одним из десяти в 1931 году. У этих врачей было меньше общих материальных интересов с частнопрактикующими врачами, и они не оказывали значительной политической поддержки Американской медицинской ассоциации[11].

Врачи вступили в борьбу за сохранение своего положения на вершине медицинской иерархии вскоре после того, как эта позиция была завоевана. Вызов, по большей части, исходил не снизу, за исключением недавних попыток медсестер усилить свой авторитет в уходе за пациентами. Врачи оказались в борьбе с больницами, страховыми компаниями, медицинскими вузами, фондами, государственными органами здравоохранения и другими группами, заинтересованными в более рационализированной системе здравоохранения — такой, в которой части более скоординированы иерархически и горизонтально и в которой больше внимания уделяется капиталоемким услугам. Конфликт возник между организованными практикующими врачами как одной группой интересов, которых Роберт Элфорд называет «профессиональными монополизаторами», и всеми группами, стремящимися систематизировать здравоохранение в соответствии с бюрократическими и деловыми принципами организации, которых Элфорд называет «корпоративными рационализаторами»[12].

## ДРУГИЕ ГРУППЫ ИНТЕРЕСОВ

Оспаривая способность организованной медицины защищать свои интересы, больницы, особенно через Американскую ассоциацию больниц (АНА), пытались представить себя «логическим центром» любой рационализированной системы здравоохранения[13]. В процессе трансформации и развития от приютов для больных и умирающих бедняков до своей роли в XX веке как мастерской врача, больницы заняли прочное положение в современном здравоохранении, став основным центром медицинских технологий. В связи с растущей зависимостью врачей от технологий, больницы поглощали всё большую долю средств, расходуемых на медицинское обслуживание. Государственное и частное

[11]Герман М. Сомерс и Энн Р. Сомерс, «Врачи, пациенты и учреждения здравоохранения: организация и финансирование медицинской помощи» (Вашингтон, округ Колумбия: Институт Брукингса, 1961), стр. 42; «Распределение врачей и медицинское лицензирование в Соединенных Штатах», 1974 (Чикаго: Американская медицинская ассоциация, 1975), стр. 66; и Гарри Т. Паксон, «Почему Уэсли Холл вторгся в иерархию Американской медицинской ассоциации», Medical Economics, 3 января 1972 г., стр. 25–42, 101.

[12]Роберт Алфорд. Политика здравоохранения: идеологические и групповые барьеры на пути реформ (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1975).

[13]Энн Р. Сомерс. «Здравоохранение в переходный период» (Чикаго: Исследовательский и образовательный фонд больниц, 1971), глава 3, представляет точку зрения Американской кардиологической ассоциации (АНА).

медицинское страхование (фактически, страхование медицинской помощи) стало стабильным источником дохода, позволив больницам расширять свою инфраструктуру. В совокупности больницы стали важнейшей силой в системе здравоохранения, поглощая 40% годовых расходов страны на здравоохранение. «Голубой крест» и «Голубой щит», созданные в 1930-х и 1940-х годах больничными ассоциациями и медицинскими обществами соответственно, вместе с коммерческими страховыми компаниями теперь контролируют 30% расходов на медицинское обслуживание, в основном делая упор на техническую помощь, предоставляемую больницами. Они добились экономического и политического влияния, соразмерного их доминирующей фискальной роли.

В то время как страховая индустрия стала новым голосом в хоре корпоративных рационализаторов, медицинские школы уже более полувека находятся в авангарде. Хотя ими управляют врачи — для воспроизводства медицинских работников и в качестве научно-исследовательского подразделения медицинской отрасли, — интересы медицинских школ часто вступали в противоречие с интересами медицинских обществ, в которых доминировали практикующие врачи. В девятнадцатом веке медицинскими школами, как правило, управляли небольшие группы врачей для собственной финансовой выгоды. На протяжении большей части двадцатого века медицинские школы контролировались университетами и реагировали на интересы фондов, а после Первой мировой войны — на государственные источники финансирования. В течение короткого периода примерно с 1900 года до Первой мировой войны медицинские школы, ориентированные на науку, и Американская медицинская ассоциация (AMA) объединили усилия, чтобы добиться принятия научной медицины. С тех пор их пути разошлись: AMA боролась за сохранение доминирования и доходов частнопрактикующих врачей, а медицинские школы продвигали более рационализированную медицинскую помощь, как правило, с врачами в качестве высшего руководства.

Больницы, страховые компании и медицинские вузы относительно больше, чем врачи, заинтересованы в развитии капиталоёмкой и рационализированной медицинской помощи. Хотя развитие медицинских технологий способствовало повышению статуса и доходов врачей, оно стало смыслом существования больниц, медицинских вузов и даже страховых компаний. Требование медицинских технологий к крупным капиталовложениям также способствует рационализации медицинских ресурсов — централизации и координации капитала, материально-технического обеспечения, расходов, доходов и персонала.

## ФОНДЫ И ГОСУДАРСТВО

Помимо этих групп интересов, две другие силы — правительство и фонды — оказали мощное влияние в пользу рационализации медицинского обслуживания. Хотя правительство оказывало доминирующее влияние со времен Второй мировой войны, фонды были основным внешним влиянием на американскую медицину в период ее становления с 1900 по 1930 год. Источником их власти был кошелек, щедро, но осторожно направляемый на конкретные программы и политику. Ни фонды, ни правительство не действовали как группа интересов, подобно врачам, больницам, страховым компаниям, медицинским вузам и отраслям по производству лекарств и снабжению больниц. Огромные суммы, которые они потратили — около 300 миллионов долларов от фондов с 1910 по 1930-е годы и многие миллиарды долларов от федерального правительства после Второй мировой войны только на медицинские исследования и образование — не были направлены на их собственное финансовое обогащение.

Аргументация, развиваемая и подкрепляемая в этой книге, предполагает, что как политика фондов, так и политика правительства служили интересам определённых медицинских групп, но лишь потому, что интересы этих групп совпадали с интересами более крупного корпоративного класса. Как показывают исторические данные, программы фондов в начале этого столетия были явно направлены на развитие и укрепление институтов, которые расширили бы сферу влияния капитализма и укрепили бы его влияние на всё общество.

В медицине основными целями фондов были: развитие системы медицины, которая поддерживала бы капиталистическое общество; и рационализация медицинской помощи, чтобы сделать её доступной для тех, кого она должна была охватить, но с минимальными затратами для ресурсов общества. Эти цели порождали собственные противоречия. Поначалу фонды ориентировались на цели и стратегии медицинской профессии, но вскоре они отказались от узких интересов, которым профессия хотела служить, и быстро перешли к расширению роли медицинских вузов и больниц и поддержанию их доминирования во всей медицинской помощи. К началу Второй мировой войны, когда роль государства[14] в управлении капиталистической экономикой полностью утвердилась, федеральное правительство взяло на себя ведущую роль фондов в медицине, продолжая основную стратегию, принятую фондами более двух десятилетий назад, и открывая шлюзы казны для её реализации.

В первой главе мы рассмотрим, как филантропические фонды возникли в результате нескольких параллельных этапов развития

[14]В этой книге слово «государство» с заглавной буквы относится к политическим институтам и правительственным органам, воплощающим политическую власть общества. Слово «государство» со строчной буквы относится к отдельным штатам Соединённых Штатов.

капиталистического общества в конце XIX века. В то время как многие представители нового класса богачей поддерживали благотворительные организации, чтобы смягчить трудности и лишения, навязанные огромным слоям населения капиталистической индустриализацией, другие осознавали потребность в технически подготовленных специалистах и менеджерах и поддерживали развитие университетов и профессиональной науки. Сразу после начала XX века такие состоятельные люди, как Джон Д. Рокфеллер и Эндрю Карнеги, создали филантропические фонды с профессиональными менеджерами, управляющими их благотворительными средствами. Под руководством Рокфеллеров эти фонды разработали стратегические программы, направленные на легализацию фундаментальной социальной структуры капиталистического общества и удовлетворение его технических потребностей.

В главе 2 прослеживается социальная и экономическая роль научной медицины в истории американской медицинской профессии.

Современная научная медицина не была просто «естественным» результатом объединения науки и медицины в XIX веке. Помимо конкретных научных достижений, позволивших применять научные идеи и исследования к проблемам болезней, научная медицина имела не менее важные социальные и экономические корни. Она была неотъемлемой частью стратегии, разработанной лидерами реформ медицинской профессии для укрепления её положения в обществе, и её успех был обусловлен поддержкой доминирующих слоёв американского классового сообщества.

Научная медицина завоевала поддержку американской медицинской общественности в конце XIX века, поскольку она отвечала экономическим и социальным потребностям врачей. Обеспечивая врачам большую техническую репутацию в обществе, она спасла их от позорного положения, в котором оказалась профессия. Более того, научная медицина стала идеологическим инструментом, с помощью которого доминирующий «регулярный» сегмент профессии ограничивал появление новых врачей, подавлял другие медицинские течения, временно объединял ведущих преподавателей и практикующих врачей медицинских вузов и иными способами снижал конкуренцию.

Несмотря на свою привлекательность для медицинской профессии, научная медицина мало что дала бы врачам, если бы не имела поддержки доминирующих групп американского общества. В главе 3 мы рассмотрим причины этой капиталистической поддержки, в частности, через призму идей Фредерика Т. Гейтса, который на протяжении более двух десятилетий был главным филантропом и финансовым помощником Джона Д. Рокфеллера и основателем крупных медицинских филантропических фондов Рокфеллера.

Объясняя причины, профилактику и лечение болезней,

поразительно схожие с мировоззрением индустриального капитализма, научная медицина завоевала поддержку классов, связанных с ростом корпоративного капитализма в Америке. Капиталисты и корпоративные менеджеры считали, что научная медицина улучшит здоровье рабочей силы общества и, следовательно, повысит производительность труда. Они также использовали научную медицину как идеологическое оружие в своей борьбе за формирование новой культуры, соответствующей индустриальному капитализму и поддерживающей его. Их привлекала профессиональная формулировка медицинской теории и практики, оправдывающая вопиющее неравенство капитализма и его безрассудные методы, сокращающие продолжительность жизни представителей рабочего класса. Таким образом, научная медицина служила интересам как доминирующей медицинской профессии, так и корпоративного класса в Соединенных Штатах.

Тем не менее, возникло противоречие между интересами медицинской профессии и интересами корпоративного класса. Как мы увидим в главе 4, частнопрактикующие врачи и корпорации столкнулись из-за попыток реформировать медицинское образование. Финансирование научных медицинских школ требовало огромных капиталовложений извне. Те, кто предоставлял капитал, обладали рычагами влияния для навязывания политики. Линии конфликта были четко обозначены: должно ли медицинское образование контролироваться врачами и служить их потребностям? Или же оно должно служить более широким потребностям капиталистического общества и контролироваться институтами корпоративного класса?

В докладе Флекснера, подготовленном по заказу Фонда Карнеги, была предпринята попытка объединить эти интересы, сосредоточив свою атаку на откровенно коммерческих медицинских школах. Однако филантропические программы Рокфеллера, в значительной степени направляемые Гейтсом, выявили это противоречие, навязав школам-получателям систему штатных клинических преподавателей вопреки интересам и аргументам частнопрактикующих врачей. Гейтс ясно дал понять, что медицина должна служить капиталистическому обществу и находиться под контролем капиталистических фондов и университетов – через медицинские школы, которые воспроизводят её профессиональные кадры и совершенствуют методики. К 1929 году один из фондов Рокфеллера, Генеральный совет по образованию, сам выделил более 78 миллионов долларов медицинским школам для реализации этой стратегии, и позиция Гейтса прочно укрепилась.

Гейтс твёрдо стоял на том, чтобы его стратегия не была связана с вмешательством государства, не выделяя средства медицинским школам при государственных университетах. Однако в филантропических фондах Рокфеллера, как и в крупнейших промышленных и финансовых корпорациях в целом, большинство руководителей и директоров пришли

к выводу, что государство необходимо для рационализации отраслей, рынков и институтов.

Курс, начатый Гейтсом и его современниками, продолжал развиваться в течение полувека, но при этом государство взяло на себя доминирующую финансовую и политическую роль в рационализации медицинской помощи и развитии медицинских технологий. Как мы увидим в главе 5, акцент государства на технологической медицине игнорировал некоторые из важнейших факторов, определяющих заболеваемость и смерть, в то время как экономические и политические силы капиталистического общества гарантировали, что рационализация не устранит развивающуюся корпоративную собственность и контроль над медицинским рынком. Вопрос о том, как медицина будет ограничена и рационализирована в этой системе частного рынка, — это противоречие, которое теперь мучает государство и корпоративный класс по мере роста спроса на национальное медицинское страхование. Вопрос о том, как медицинские ресурсы могут быть преобразованы в эффективные инструменты улучшения здоровья населения, — это противоречие, навязанное всему обществу. Эти противоречия и вызванные ими кризисы — наследие развития медицины в капиталистическом обществе.

# ГЛАВА 1.
# «Оптовая филантропия»: от благотворительности к социальным преобразованиям

Индустриализация в Америке XIX века создала множество проблем для тех, кто владел и управлял корпорациями, ставшими доминировать в экономике. Промышленным капиталистам приходилось обеспечивать достаточный капитал, добывать сырье, организовывать производство, дисциплинировать нежелающую работать рабочую силу, а также развивать рынки и транспортные системы. Им также приходилось иметь дело с политическими структурами и методами, предназначенными для старых производственных отношений, сосредоточенных вокруг сельского хозяйства и торговли, которые лишь медленно адаптировались к новому промышленному, корпоративному порядку. Наконец, им приходилось перестраивать старые социальные институты или создавать новые. Образовательные, религиозные, медицинские и культурные учреждения были тем связующим звеном, которое скрепляло старый режим. В целом, новому корпоративному классу пришлось преобразовать все эти экономические, политические и социальные институты для обслуживания своего урбанизированного, индустриализированного и корпоративного общества.

Новый экономический порядок создал новые проблемы для классов, которым мало что принадлежало в новой системе. Американское общество никогда не было спокойным, но индустриализация вызвала глубокое недовольство и гнев среди классов, которые были ею нарушены, и среди тех, кто пострадал в результате капиталистического накопления богатства. Правители-аграрии и торговцы ранее господствовавших городов возмущались стремительным ростом городских промышленников и банкиров. Местные ремесленники, иностранные иммигранты и диссиденты, фермеры - неохотно подчинялись фабричной системе. Профсоюзное движение, популизм и социализм угрожали власти и богатству корпораций и даже вызывали сомнения в дальнейшем существовании капитализма.

Как мы увидим в этой главе, корпоративные капиталисты обратились к филантропии, университетам, а затем и к медицине, чтобы решить некоторые из многочисленных проблем, возникших в результате капиталистической индустриализации. По большей части социальные преобразования происходили под руководством той же «невидимой руки», которая направляла рыночные силы капитализма; этот личный интерес обеспечивал ограниченные перспективы для социальных изменений. Лишь постепенно ведущие капиталисты и их союзники осознанно разработали общие стратегии и механизмы поддержки нового порядка, который они строили. Филантропические капиталисты

поддерживали зачастую суровую, но, как они надеялись, полезную благотворительность, чтобы контролировать отчаявшиеся беднейшие классы. Другие начали строить университеты, чтобы удовлетворить потребности нового общества в квалифицированных экспертах и управленцах. Развился новый управленческий и профессиональный слой, который руководил корпорациями, университетами, наукой, медицинскими учреждениями и самой филантропией. После начала века некоторые филантропы преобразовали фонды в подлинно корпоративную филантропию[15], созданную по образцу доминирующих экономических институтов и подпитываемую их «излишками» богатства. Представители зарождающегося корпоративного либерализма сделали эти фонды своими главными инструментами преобразования социальных институтов, наделив корпоративную филантропию исторической ролью, превосходящей самые смелые мечты ранних филантропов-капиталистов. Этот союз корпоративной филантропии, управленческо-профессиональной страты, университетов и науки породил рокфеллеровских знахарей и их новую систему медицины.

## СОЗДАНИЕ ЧАСТНЫХ СОСТОЯНИЙ И СОЦИАЛЬНОЕ НЕДОВОЛЬСТВО

Гражданская война стала переломным моментом в американской благотворительности, как и практически во всех аспектах американской жизни. Она стала тяжелейшим испытанием в американской истории, сея смерть и разрушения, стимулируя промышленное развитие и вызывая потрясения внутри и между всеми слоями населения Америки. В последующие десятилетия после войны возник новый вид благотворительности, адаптированный к этим новым условиям .

Гражданская война не только освободила чернокожих рабов от уз рабства. Она также развязала руки северному капиталу, позволив ему распространить по всей стране индустриальную трансформацию, начатую им, главным образом, к северу от реки Огайо. Подобно тому, как «подземная железная дорога» была средством и символом свободы для рабов довоенного периода, железная дорога стала средством и символом индустриализации и восхождения класса капиталистов.

Поскольку железные дороги всё чаще использовались для переброски войск и поставок припасов для армий Союза, они способствовали расширению и интеграции рынка, делая возможной

[15]В этой книге под «корпоративной филантропией» понимается филантропия, характерная для корпоративного капитализма, особенно фондов, которые являются филантропическими корпорациями, контролируемыми представителями корпоративного класса.

специализированную систему производства и сбыта, которую можно было координировать по всему континенту. Железные дороги проникали во все регионы страны. Они доставляли сельскохозяйственную продукцию на новые рынки и в порты для отправки в дальние страны. Они возили хлопок с южных полей на текстильные фабрики Новой Англии. Они перевозили железную руду из озера Верхнее на металлургические заводы и новые сталеплавильные печи Бессемера в Питтсбурге, а нефть из западной Пенсильвании на нефтеперерабатывающие заводы Кливленда. И они доставляли продукцию с заводов страны на рынки во всех регионах. Повсюду они создавали новые поселения и способствовали развитию. Несмотря на перерывы во время Гражданской войны, строительство железных дорог добавило 62 000 миль новых линий в 1860-х и 1870-х годах, утроив существующую протяженность железных дорог страны. Для строительства железных дорог требовались железные, а позднее стальные рельсы и мосты. Сами железные дороги вскоре стали крупнейшими потребителями растущей сталелитейной промышленности Америки.

Гражданская война и железные дороги открыли некоторым людям дорогу к золотым жилам. Эндрю Карнеги начал свой путь к богатству в 1853 году, работая телеграфистом на Пенсильванской железной дороге. К началу Гражданской войны амбициозный двадцатипятилетний Карнеги уже хорошо разбирался в управлении железной дорогой и несколько месяцев занимался организацией железнодорожного транспорта и телеграфной связи для Военного министерства. Но Карнеги оставил свою захватывающую и опасную работу на фронте и вернулся в Пенсильванию, чтобы вложить средства в производство чугуна и добычу угля. К 1863 году его годовой доход превысил 40 000 долларов[16].

Состояние Джона Дэвисона Рокфеллера также упрочилось благодаря Гражданской войне. В 1861 году, когда война поглощала энергию и жизни северян и южан, двадцатипятилетний Рокфеллер создавал успешную торговую фирму в Кливленде. По мере того, как сыпались военные заказы, цены на сырьевые товары резко выросли, и прибыли Рокфеллера взлетели. Два года спустя Рокфеллер накопил достаточно капитала, чтобы инвестировать в нефтеперерабатывающий бизнес, и к концу войны его состояние было достаточно, чтобы взять под контроль компанию. К 1880 году, ведомая решимостью Рокфеллера «делать деньги и еще больше денег», в сочетании с беспощадной конкуренцией на рынке и скидками, получаемыми от железных дорог, его Standard Oil Company перерабатывала 95 процентов нефти страны[17].

[16]1. Лучшая биография Карнеги — Джозеф Фрейзер Уолл, «Эндрю Карнеги» (Нью-Йорк: Oxford University Press, 1970).

[17]2. Из многочисленных биографий Рокфеллера я опирался главным образом на книгу Аллана Невинса «Джон Д. Рокфеллер: Героический век американского

Хотя промышленная база, очевидно, росла в десятилетия перед Гражданской войной, именно изменения, вызванные войной, закрепили структуру новой системы. Южный патрицианский класс, чье положение основывалось на сельском хозяйстве и рабстве, не был разгромлен, но его подчинение контролируемой Севером капиталистической экономике было обеспечено. Фабричная система была расширена с появлением железной дороги, и промышленный рабочий класс сформировался из ремесленников и рабочих, коренного населения и иммигрантов. Маленькие города Америки постепенно уступили место промышленному и торговому буму, и города росли быстрее, чем могли быть построены их хрупкие доходные дома. В ходе этого процесса старые предприниматели и землевладельцы были вытеснены новыми предпринимателями и их корпорациями. Например, к 1870-м годам только 520, или 5 процентов, из 10 395 предприятий в Массачусетсе были зарегистрированы как корпорации. Но эти 5 процентов владели 96 процентами общего капитала и нанимали 60 процентов всех рабочих. К 1900 году три четверти всех промышленных товаров производились корпорациями. Ввиду важной логистической роли железных дорог Гражданскую войну называют «первой железнодорожной войной». Однако эта война не опиралась на индустриальную экономику. Как метко заметил Уильям Эпплмен Уильямс, Гражданская война «создала индустриальную систему, а не велась с её помощью»[18]. В конечном счёте, победителями в войне стали корпорации и те, кто, по большей части, управлял новой экономикой.

Не всё было гладко для новых баронов корпоративной экономики, и они не облегчали жизнь своим подчиненным. Владельцы каждой отрасли, стремясь урвать как можно больше на доступном рынке и накопить как можно больше капитала в кратчайшие сроки, снижали заработную плату, чтобы снизить цены и обогнать конкурентов. Иммигранты пополняли растущую промышленную рабочую силу. Во второй половине XIX века в страну прибыло около 16 миллионов иностранцев, что к 1890 году составляло 15 процентов населения и почти четверть населения индустриально развитых северо-восточных штатов. Ремесленники видели, как их навыки, основа скромной безопасности и гордости, деградировали и стали безработными из-за машин, которые их

предпринимательства», 2 тома (Нью-Йорк: Charles Scribner's Sons, 1940); и Питера Коллиера и Дэвида Горовица «Рокфеллеры: Американская династия» (Нью-Йорк: Holt. Rinehart and Winston, 1976), стр. 1–73. Первая книга наиболее подробная, но вторая рассматривает его жизнь в перспективе и с несколько критической точки зрения.

[18]Об изменении классовой структуры в результате индустриализации в девятнадцатом веке см. Уильям Эпплмен Уильямс, «Контуры американской истории» (Кливленд: World Publishing Co., 1961); и Роберт Х. Вибе, «В поисках порядка, 1877–1920» (Нью-Йорк: Hill and Wang, 1967).

превосходили, и фабрик, которые их угнетали. Мигранты с разоряющихся ферм и иммигранты из других стран заполонили фабрики и города Нового Света. Рабочие мужчины теряли средства к существованию или были вынуждены выполнять самые тяжёлые работы. Женщины были вынуждены оставить более традиционную домашнюю работу и перейти на фабрики, в мастерские и магазины. К 1900 году двадцать процентов женщин страны были наёмными рабочими. Дети были вынуждены работать на фабриках как самая дешёвая рабочая сила. Семейная и общественная жизнь рабочего класса были потрясены и разрушены.

Эксплуатация рабочих, не сдерживаемая ни правовыми ограничениями, ни гуманизмом, привела к росту профсоюзного движения. В 1875 году, во время Великой депрессии 1870-х годов, заработная плата снизилась до 1,50 доллара за десятичасовой рабочий день. В городах по всей стране вспыхнули беспорядки. Рабочие начали организовываться, и работодатели использовали все доступные им средства, от локаутов до пинкертонов, чтобы подавить профсоюзное движение. В 1877 году первая общенациональная забастовка, масштабная забастовка против железных дорог, была подавлена кровопролитием, унесшим жизни десятков рабочих, их семей и их сторонников в городских трущобах по всей стране. Рабочее движение росло, и забастовки продолжали распространяться в 1880-х и 1890-х годах. Взрыв на площади Хеймаркет в 1886 году, забастовки на сталелитейных заводах Карнеги в Хоумстеде в 1892 году и забастовка в Пульмане в 1894 году — лишь самые заметные события, заставившие работодателей и их союзников опасаться за дальнейшее существование своего общества. «Времена странно перепутались», — беспокоился один политик из Кентукки. «Богатые богатеют, бедные беднеют; страна содрогается»[19].

Городские жители и фермеры, особенно на Среднем Западе и Юге, чувствовали, что их жизнь и средства к существованию всё больше зависят от железнодорожных тарифов и кредитных линий банков, направляемых из далёких городов. Полуфеодальное издольщина держала множество южных фермеров в постоянных долгах и нищете. Аграрная оппозиция капиталистической экспансии получила широкую поддержку. В 1896 году растущая Популистская партия сформировала незначительную коалицию с Демократической партией вокруг демократа Брайана на посту президента и популиста Тома Уотсона на посту вице-президента против Мак-Кинли, кандидата от крупного бизнеса. Популистская партия была уничтожена своим поражением, но

[19]4. Уильямс, «Контуры», стр. 315–333. См. также Ричард О. Бойер и Герберт М. Мораис . «Нерассказанная история труда», 3-е изд. (Нью-Йорк: Объединенный профсоюз электротехников, радиотехников и машиностроителей Америки, 1972).

популистское сопротивление капиталистическому богатству и контролю над сельским хозяйством продолжалось в Грейнджес и Союзе фермеров вплоть до нового века. Профессионалам среднего класса, которые доминировали в прогрессивном движении, казалось, что общество под ними распадается из-за жадности тех, кто был выше. Они призывали к реформам, чтобы ограничить концентрацию власти и богатства.

Многие представители богатого класса чувствовали себя обязанными оправдать вопиющее неравенство, которое возмущало рабочий класс и беспокоило средний класс. Естественно, они не считали себя «праздными» богачами. Они считали свои усилия по созданию промышленных империй производительным трудом и считали всех людей бенефициарами этих империй. Никто не выразил это так, как Рокфеллер:

> *Лучшая благотворительность, помощь, приносящая максимум пользы и минимум вреда, помощь, питающая цивилизацию в её корнях, шире распространяющая здоровье, праведность и счастье, — это не то, что обычно называют благотворительностью. По моему мнению, это вложение усилий, времени или денег, тщательно взвешенное с точки зрения возможности трудоустройства людей с достойной заработной платой, расширения и развития имеющихся ресурсов и создания возможностей для прогресса и здорового труда там, где их раньше не было. Никакое простое пожертвование денег не сравнится с этим по своим долгосрочным и благотворным результатам[20].*

Огромная выгода от таких предприятий – моральная, дающая работу тем, кто иначе бы бездельничал, и материальная, позволяющая «умножать, удешевлять и распространять как можно шире удобства жизни»[21]. Таким образом, развитие частной промышленности – лучший способ решения проблем, которые исторически росли вместе с индустриализацией. «Могут ли быть какие-либо сомнения в том, что удешевление предметов первой необходимости и удобств жизни – самый мощный фактор цивилизации и прогресса?» – спрашивал Чарльз Эллиот Перкинс, президент железной дороги Чикаго, Берлингтона и Куинси. «Истинное евангелие, – философствовал Перкинс, – заключается в том, чтобы дать людям возможность приобретать удобства жизни собственными усилиями, и тогда они будут мудрыми и добрыми»[22].

Класс мужчин и женщин, предоставлявших эти щедрые дары остальному обществу, по-разному представлял себе, как распоряжаться своими деньгами и властью. Марк Ханна, промышленник из Кливленда,

[20]5. Джон Д. Рокфеллер, Случайные воспоминания о людях и событиях (Нью-Йорк: Doubleday, Page and Co., 1909), стр. 141-42.

[21]Там же, стр. 158.

[22]Цитируется в книге Эдварда Чейза Киркланда «Мечта и мысль в деловом сообществе, 1860–1900» (Чикаго: Quadrangle Books, 1964; первоначально опубликовано в 1956 году), стр. 165

показал своим собратьям-капиталистам, что президент и исполнительная власть правительства, а также Конгресс, могут быть надежно защищены «для защиты наших деловых интересов». Опасаясь роста рядов популистов и их растущей политической силы, он создал взаимосвязанный политический директорат корпоративных лидеров, чтобы организовать их общие интересы и более непосредственно направить их влияние на федеральное правительство. С их первым президентским триумфом, избранием Мак-Кинли в 1896 году, они положили начало современной системе дорогостоящих, централизованно координируемых общенациональных кампаний. Ханна возглавил формирование корпоративной политики, которая ставила широкие классовые интересы промышленников и финансистов выше тактики «кормовой бочки», отдававшей предпочтение узким интересам, доминировавшим на политической сцене штатов, страны и местного уровня. Ханна и другие лидеры этого класса создали новые альянсы, такие как Национальная гражданская федерация, с некоторыми лидерами профсоюзов, чтобы создать «гармонию интересов» из классовых конфликтов, угрожавших новому экономическому порядку. Прогрессивное движение оказалось идеальным инструментом для бизнес-класса, чтобы отстаивать свои интересы, обеспечивая дополнительный, необходимый капитал от Конгресса и, посредством реформ федеральной исполнительной власти, создавая и контролируя регулирующие органы для наведения порядка и консолидации в ряде отраслей. Таким образом, политически мудрые лидеры этого класса продемонстрировали, что благодаря стратегическим союзам с социальными реформаторами и консервативными профсоюзными деятелями политические институты страны могут быть реформированы для удовлетворения потребностей корпоративного порядка[23].

Однако не все капиталисты могли видеть дальше своих непосредственных политических интересов. Джон Д. Рокфеллер, чей «Стандарт Ойл Траст» Генри Демарест Ллойд обвинил в подкупе законодательных и исполнительных органов Пенсильвании и Огайо, относился без энтузиазма к более широкой политической стратегии своего друга Ханны. Первый крупный успех Ханны привёл Джона

[23]Ханна, цитата из письма М. А. Ханны Дж. Д. Рокфеллеру от 8 сентября 1885 г., Архив семьи Рокфеллеров , группа записей 1. О роли Ханны в построении политического капитализма см. Williams, стр. 349, 360-62, 381. О развитии тесных связей между исполнительной властью и частной промышленностью и финансами см. Gabriel Kolko, The Triumph of Conservatism: A Reinterpretation of American History, 1900-1916 (Чикаго: Quadrangle Books, 1967; первоначально опубликовано в 1963 г.); а о дальнейшем развитии этой корпоративной либеральной программы реформирования правительства для удовлетворения потребностей монополистической промышленности см. James Weinstein, The Corporate Ideal in the Liberal State, 1900-1918 (Бостон: Beacon Press, 1968).

Шермана в Сенат США в 1885 году, что, по иронии судьбы, стало началом того самого закона, по которому империя «Стандарт Ойл» в конечном итоге распалась. Возможно, Рокфеллер подозревал подобные предательства со стороны политиков, имевших собственное представление о том, что полезно для бизнеса, поскольку он обычно приберегал свои политические взносы для кандидатов, более близких к непосредственным сферам деятельности «Стандарт Ойл» [24].

Многие богатые люди тратили свои состояния на показную роскошь, оставляя в тени значительную часть европейской аристократии. Вандербильты, Джим Фиск, Джей Гулд и другие финансисты построили дворцы вдоль Пятой авеню Нью-Йорка, многие из которых были украшены мрамором, мебелью и статуями, приобретенными у разваливающихся баронств Старого Света. Маршалл Филд и Поттер Палмер построили свои замки на одних из самых дорогих жилых и прибрежных земель Чикаго. Марк Хопкинс, Чарльз Крокер и Лиланд Стэнфорд преобразили Ноб-Хилл в Сан-Франциско своими роскошными резиденциями, используя богатство, полученное от продвижения и управления расширением железных дорог на запад. Карнеги купил себе замок на своей родине в Шотландии. А Рокфеллер создал не просто замок, а королевское поместье в Покантико-Хиллз, чья территория площадью 3500 акров с видом на реку Гудзон была в пять раз больше Центрального парка. Зрелище такой жизни, особенно посреди городов, переполненных доходными домами, вызывало серьёзное волнение. Совет по образованию Массачусетса ещё в 1849 году жаловался: «Один великолепный дворец поглощает все труды и расходы, которые могли бы сделать тысячу хижин комфортабельными». К концу века социологи, нанятые богатыми, выступили в защиту своих благодетелей. Профессор экономики Бостонского университета возразил критикам роскоши: «Представление о том, что между богатством и бедностью обязательно существует причинно-следственная связь, слишком примитивно, чтобы требовать серьёзного опровержения»[25].

## ВЫВЕДЕНИЕ БЕДНЫХ, НЕ ЖЕЛАЮЩИХ ВЫХОДИТЬ ИЗ НИЩЕТЫ

Некоторые представители богатого класса, как до, так и после Гражданской войны, имели более широкое представление о цели. Они обеспечивали себе и своим семьям роскошную, даже княжескую жизнь,

[24]Переписка между Ханной и Рокфеллером, 1885–1892 гг., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 1

[25]Краткий обзор того, как жили самые богатые американцы в этот период, а также жалобы и оправдания относительно их хвастовства, см. в книге Киркланда «Мечта и мысль», глава 2.

но при этом бережно откладывали часть своего богатства на благотворительность. Филантропия, конечно же, не означала прямую раздачу денег бедным. Хотя благотворительность всегда подразумевала раздачу милостыни для помощи бедным, богатые и большинство социальных реформаторов из класса, стоящего непосредственно ниже богатых, всегда опасались последствий пожертвований бедным. Коттон Мэзер призывал колониальных бостонских торговцев подавать пример дисциплины и морали и жертвовать только «бедным, которые не могут работать». Бенджамин Франклин надеялся создать в обществе достаточно возможностей, чтобы не было нужды, и пытался разработать стратегию, которая помогла бы бедным принять дисциплинированный образ жизни. «Я думаю, лучший способ делать добро бедным, — говорил Франклин, — не облегчать им жизнь в бедности, а направлять их или выводить из неё»[26].

Максима Франклина и безжалостная социальная дарвинистская точка зрения были ядром движения благотворительных организаций, процветавшего в Соединенных Штатах в последние три десятилетия века. Созданные по образцу Лондонского общества благотворительных организаций, основанного в 1869 году, эти городские и национальные организации мало жертвовали. Их главной целью, по словам одной филадельфийской группы, была «разработка метода, с помощью которого можно было бы пресечь праздность и попрошайничество, ныне столь поощряемые, а также обнаружить и облегчить достойную, уважающую себя бедность с наименьшими затратами для благотворителей». Даже во время Великой депрессии, начавшейся в 1873 году и продолжавшейся до конца того десятилетия, всех, кто принимал благотворительность, подозревали в лености и дегенеративности[27].

Бедняки были отчаявшимся, неуравновешенным народом, склонным к преступлениям, бунтам и дерзкому недовольству. Крайние социал-дарвинисты, как и Герберт Спенсер, верили, что те, кто способен жить, живут, а те, кто не способен, умирают — «и им лучше умереть»[28]. Но господствующим классам любого общества нужна более позитивная программа, чтобы справиться с чётко сформулированными требованиями угнетённых классов о разделе богатства или даже с их невнятным хаосом.

Программы, возникшие в результате работы благотворительных организаций, привнесли систематические исследования и придали филантропической деятельности статус «науки». Ежегодные встречи

[26]Для некритического исторического обзора филантропии в Соединенных Штатах см. Robert H. Bremner, American Philanthropy (Чикаго: University of Chicago Press, 1960); цитаты Мазера и Франклина взяты со стр. 12–17.
[27]Там же, стр. 96-99.
[28]Ричард Хофштадтер, Социальный дарвинизм в американской мысли (Бостон: Beacon Press. 1955); цитата из Спенсера на стр. 41.

Национальной конференции по вопросам благотворительности и исправительных учреждений собирали экспертов из благотворительных организаций, администраторов пенитенциарных учреждений, больниц и домов престарелых, учёных с университетских факультетов социологии и экономики, а также священнослужителей и врачей для координации работы и разработки стратегий помощи бедным. Подход этих «научных» работников благотворительных организаций варьировался от сурового до изысканного, от карательного до милосердного[29]. С годами эти реформаторы всё чаще обращались к аналитическим методам социальных наук и политическим взглядам Прогрессивного движения. Эдвард Т. Девайн в своём президентском обращении к Национальной конференции в 1906 году отметил, что заключённые попадали в благотворительные учреждения, психиатрические дома, тюрьмы и исправительные учреждения «быстрее, чем все наши образовательные программы, наши фонды помощи и даже наше освящённое личное служение» могли их реабилитировать. Роль «современной филантропии», продолжил Девайн, заключается в том, чтобы «выявлять и эффективно бороться с организованными силами зла, с конкретными причинами зависимости и невыносимых условий жизни, которые находятся вне контроля людей, которым они причиняют вред и которых они слишком часто уничтожают»[30].

Научная филантропия должна заниматься «профилактикой, а не облегчением», утверждал Амос Уорнер, экономист из Стэнфорда, активист этого движения. Уорнер сравнил статистику, собранную благотворительными организациями США и Европы, и пришёл к выводу, что почти три четверти всех случаев бедности вызваны личными или социальными «несчастьями», а менее четверти — «неправильным поведением» отдельного человека[31]. «Профилактика» подразумевала вмешательство в жизнь обеих групп, чтобы помочь им пережить невзгоды или изменить вредные привычки и направить их на путь праведности.

Из этой перспективы социального вмешательства и движения благотворительных организаций возникли профессии социальной работы. Социальные работники, работники социальных центров,

[29]См., например, любые труды Национальной конференции благотворительных организаций и исправительных учреждений за этот период; Амос Г. Уорнер, «Американские благотворительные организации», перераб. ред. (Нью-Йорк: Thomas Y. Crowell, 1919; первоначально опубликовано в 1894 г.); и Фрэнк Д. Уотсон, «Движение благотворительных организаций в Соединенных Штатах : исследование американской филантропии» (Нью-Йорк: Macmillan, 1922) — все они представляют это движение.

[30]Эдвард Т. Девайн, «Доминирующая нота современной филантропии», Труды Национальной конференции благотворительных организаций и исправительных учреждений (1906 г.), стр. 3.

[31]Уорнер, «Американские благотворительные организации», стр. 28, 46-47.

администраторы исправительных учреждений, сотрудники службы пробации и их научные консультанты разделяли, как и средний и высший классы, преобладающую социал-дарвинистскую точку зрения о том, что зависимая бедность, преступность и социальные отклонения в целом имеют биологические корни. Однако этот новый профессиональный класс считал, что медицинское и социальное вмешательство может исправить «естественные» недостатки[32].

Учитывая распад прежних социальных отношений и растущий страх перед восстанием рабочего класса — оба эти фактора были следствием капиталистической индустриализации, — неудивительно, что состоятельные мужчины и женщины поддерживали цели и программы благотворительных организаций и движения за социальную работу. Чарльз Халл, сколотивший состояние на бурно развивающемся рынке недвижимости Чикаго, щедро жертвовал на программы социальной реабилитации в трущобах и продавал бедным землю по дешёвке, чтобы дать им возможность участвовать в существующем обществе. Это был его способ исправить неравномерное распределение земли, которое, как он опасался, «приведёт к недовольству и революции»[33].

Презирая жалость и беспорядочную помощь, считая их лишь усугублением унизительного положения бедных, движение благотворительных организаций, социальные работники и богатые благотворители в целом работали над их подъёмом или реабилитацией. Они создали институты, которые изолировали бы «бедных, которые не могут работать» и не позволяли бы им заражать «честных», трудолюбивых бедняков. Они также разработали программы, призванные дать работающим беднякам более возвышенное представление о жизни, чем они могли бы получить на фабриках и в многоквартирных домах, где они проводили свою жизнь. В трущобах и гетто были созданы дома престарелых и социальные работники, чтобы интегрировать иностранцев в американское общество, а также реабилитировать и реинтегрировать жертв индустриального общества, разделённого на собственников и не собственников. Поселение Джейн Аддамс, предоставленное поместьем Чарльза Халла, пыталось достичь ее главных целей: «накормить ум рабочего, поднять его над монотонностью его работы и связать его с большим миром за пределами его непосредственного окружения...». Аддамс выступала против излишеств как капитала, так и труда и работала над объединением этих враждующих классов с помощью программ, приемлемых для обеих

[32]Энтони Платт, «Спасатели детей: изобретение преступности» (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1909), стр. 35-36

[33]Цитируется в книге Говарда С. Миллера «Доллары на исследования: наука и ее покровители в Америке девятнадцатого века» (Сиэтл: Издательство Вашингтонского университета, 1970), стр. 159–160.

сторон[34].

Подобные программы не предполагали изменения самой капиталистической социальной структуры. Скорее, они были направлены на смягчение суровых условий капитализма, помогая людям выбраться из его ямы и вести полезную и более удовлетворительную жизнь. Хотя многие социальные работники поддерживали требования профсоюзов, их работа получала финансовую и политическую поддержку со стороны богатых классов, поскольку отвлекала внимание от более воинственных требований. Социальные работники надеялись улучшить условия жизни с помощью социальных программ, в то время как рабочие требовали признания профсоюзов, повышения заработной платы, восьмичасового рабочего дня и помощи по безработице. Все эти программы оказались скорее символическими и идеологическими, чем действительно улучшающими ситуацию. Работающих бедняков и безработных учили винить в своих условиях собственные недостатки, работать и терпеливо ждать индивидуального вознаграждения.

Однако некоторые капиталисты, как до, так и после Гражданской войны, были меньше озабочены назревающим внизу восстанием или больше думали о будущих потребностях своей социальной системы. Они развили другое направление филантропии, сосредоточенное на создании социальных институтов, чьи основные функции заключались даже не в символическом улучшении условий жизни, а в подготовке кадров, необходимых промышленному капитализму для его выживания и развития. Некоторые из этих капиталистов, особенно в первой половине XIX века, способствовали созданию обязательного государственного образования, чтобы социализировать детей рабочего класса и бедняков, приспособить их к ритму и потребностям кооперативного труда на фабриках и дать им элементарные навыки – чтение, письмо, арифметику и профессиональные навыки, – необходимые в индустриальном обществе[35]. Другие состоятельные мужчины и женщины понимали потребность страны в более продвинутых технических навыках. Они объединили усилия с дальновидными лидерами традиционных колледжей страны, выведя их из орбиты старого правящего класса земледельцев и торговцев на службу восходящему промышленному и финансовому порядку.

## ПОДГОТОВКА НАУЧНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ К УПРАВЛЕНИЮ

[34]Джейн Аддамс, «Двадцать лет в Халл-Хаусе» (Нью-Йорк: Signet/Macmillan, 1961; первоначально опубликовано в 1910 году), стр. 299; цитируется в книге Платта «Спасатели детей», стр. 96–97

[35]О развитии государственных школ см. Майкл Б. Кац, «Класс, бюрократия и школы — иллюзия образовательных перемен в Америке» (Нью-Йорк Praeger Publishers, 1971); и Джоэл Х. Спринг, « Образование и расцвет корпоративного государства» (Бостон: Beacon Press, 1972).

# «ЖЕСТКИМИ РУКАМИ» АМЕРИКИ

В последний день апреля 1846 года Эдвард Эверетт, новый президент Гарвардского университета, предстал перед своими преподавателями, студентами и выпускниками и провозгласил новую эру сотрудничества между промышленниками и американскими колледжами и университетами. Гарвард больше не ориентировался главным образом на нужды земледельческого дворянства и богатых купцов, выпуская образованных священнослужителей, юристов и других джентльменов. Эверетт представил на своем учредительном собрании предложение о создании в Гарварде «школы теоретической и практической науки», которая обучала бы «применению её к жизненным искусствам», готовила бы «квалифицированных инженеров» и других специалистов, которые исследовали бы и разрабатывали «неисчерпаемые природные богатства страны и направляли бы её огромную промышленную энергию в её стремительном развитии»[36].

В течение года Эбботт Лоуренс согласился поддержать планы Эвереттa. Инвестиции Лоуренса в текстильное производство и финансирование железных дорог сделали его богатым и влиятельным человеком в Массачусетсе. Промышленная революция в Америке была в зачаточном состоянии, когда он начал, но теперь, ближе к середине века, ее потенциал был доказан. Лоуренс не понаслышке знал ценность фабричной системы и механизации для увеличения производства и прибыли. Он видел, что строительство железных дорог приносило не только прибыль от его инвестиций; оно также создавало спрос на производство железа и открывало региональные и национальные рынки, позволяя фермерам и владельцам фабрик поставлять свою продукцию на отдаленные рынки и увеличивая американский экспорт. «Твердые руки готовы работать с нашими твердыми материалами», — заметил он. Но «где научат проницательных голов направлять эти руки?»[37].

Чтобы ответить на свой собственный вопрос и помочь Гарварду реализовать свою самопровозглашенную роль, Лоуренс пожертвовал университету колоссальную по тем временам сумму в 50 000 долларов на создание школы, которая должна была применять химию и другие науки для нужд сельского хозяйства, инженерии, горного дела и металлургии, а также для «изобретения и производства машин». Так родилась Научная школа Лоуренса. Лоуренс был настолько доволен новой школой, что завещал ей ещё 50 000 долларов, которые Гарвард получил после его смерти в 1855 году.

Гарвардская школа была образцом новых отношений между

[36]Гамильтон А. Хилл, «Мемуары Эбботта Лоуренса» (Бостон: «Напечатано для частного распространения», 1883 г.), стр. 108.
[37]Там же, стр. 109.

наукой, образованием и индустриализацией. В XIX веке учёные, промышленники и ректоры колледжей создали выгодный альянс. Полезность науки для промышленности, готовность промышленников поддерживать научные исследования и возможность для колледжей готовить учёных и инженеров и проводить значительную часть исследований, необходимых промышленности, обеспечили им значительную часть общей позиции. Это также открыло двери учёным, которые хотели сделать науку своим основным занятием и выделиться среди других, использовавших знания и методы естественных наук в своей работе.

Великие изобретатели ранней промышленной революции были в основном механиками, ремесленниками и лудильщиками с практическим складом ума, мужчинами и женщинами, чья жизнь включала науку через их работу. «В отличие от современной практики», — замечает Гарри Брейверман, — «наука не систематически прокладывала путь для промышленности, а часто отставала и вырастала из промышленных искусств»[38]. К 1830-м и 1840-м годам появилась новая группа ученых, которые хотели быть больше, чем «дилетантами». Как и их европейские коллеги, чьей поддержке и статусу они завидовали, высшие слои американских ученых хотели посвятить себя исследованиям, но им не хватало необходимых финансовых ресурсов. Хотя молодых людей в американских колледжах обучали естественным наукам, в стране почти не проводилось оригинальных исследований. Как жаловался Джозеф Генри, ведущий физик страны, «каждый человек, который может сжечь фосфор в кислороде и продемонстрировать несколько экспериментов классу молодых леди, называется человеком науки»[39].

В 1844 году Александр Даллас Бах, руководитель Береговой службы США, заявил аудитории на первом национальном научном конгрессе страны, что американская наука, неоригинальная и скудная, лишь подражает европейской. Он сказал, что американская наука не имеет достаточной институциональной поддержки, подменяет научные исследования преподаванием, переполнена учёными-джентльменами и испытывает нехватку профессиональных учёных. Бах и Генри, вместе с гарвардским математиком Бенджамином Пирсом, астрономом Бенджамином Гулдом, химиком Оливером Уолкоттом Гиббсом, зоологом Луи Агассисом и несколькими другими учёными-профессионалами, считали себя единственными хранителями науки страны и её развития. Они настойчиво искали поддержки для своих исследований и продвигали дело профессиональной науки. По их мнению, лишь немногие люди

[38]См. Гарри Брейверман, «Труд и монополистический капитал: деградация труда в двадцатом веке» (Нью-Йорк: Monthly Review Press, 1974), стр. 125-37.
[39]Миллер. «Доллары на исследования», стр. 7.

наделены научным талантом, и только такой элите следует доверять обучение, исследовательскую базу и финансирование. Как отметил Говард Миллер, их элитарность не принесла им поддержки со стороны напористых демократических популистов эпохи Эндрю Джексона[40].

Эти новые учёные получали всё большую поддержку от предпринимательских состояний промышленных магнатов. Лоуренс был не первым и не последним капиталистом девятнадцатого века, направлявшим свои излишки богатства в колледжи, чтобы поставить науку на службу промышленности. В 1846 году, при финансовой поддержке филантропов, Йель учредил две новые профессорские должности по сельскохозяйственной и практической химии и назначил выдающегося Бенджамина Силлимана-младшего на одну из них, чтобы развивать и преподавать «применение химии и родственных наук к производственным искусствам, исследованию ресурсов страны и другим практическим целям». Среди плодотворных достижений Силлимана в Йельском университете была разработка первого коммерчески успешного метода очистки нефти. Перед Гражданской войной Джозеф Эрл Шеффилд, житель Нью-Хейвена, сколотивший состояние на хлопке на Юге и финансировании железных дорог и каналов на Севере, внёс значительный вклад в испытывавшую трудности Йельскую научную школу. Университет в знак признательности переименовал школу в честь своего благотворителя, чьи пожертвования Йельскому университету на прикладную науку к моменту его смерти в 1882 году составили более 1 миллиона долларов[41].

Возможно, самым символичным изменением стало обращение в христианство преподобного Натана Лорда, президента Дартмутского колледжа. Заняв пост президента колледжа в 1828 году, Лорд утверждал, что Дартмут не предназначен для людей, которые «будут заниматься торговлей, механикой или сельским хозяйством». Однако его строгая приверженность классическим наукам и воспитанию джентльменов не выдержала многочисленных крупных взносов со стороны богатых сторонников прикладных наук и инженерии. К концу 1860-х годов Лорд с энтузиазмом воспринял «становящуюся всё более очевидной необходимость высшего образования в области „практических и полезных жизненных искусств“»[42].

Некоторые промышленники и финансовые капиталисты, не удовлетворенные медленными и незавершенными преобразованиями старых колледжей, основали свои собственные инженерные школы. В

[40]Там же, стр. 3-8.

[41]Мерл Керти и Родерик Нэш, «Филантропия в формировании американского высшего образования «(Нью-Брансуик, Нью-Джерси: Издательство Ратгерского университета, 1965), стр. 70-72.

[42]Там же, стр. 69–70. См. также книгу Фредерика Рудольфа «Американский колледж и университет: история» (Нью-Йорк: Vintage Books, 1965), стр. 222–231.

1824 году Стивен Ван Ренсселер, богатый фермер-землевладелец, организовавший и поддерживавший строительство канала Эри и, таким образом, лично испытавший нехватку должным образом подготовленных инженеров, основал институт, носящий его имя, чтобы обучать «применению экспериментальной химии, философии и естественной истории к сельскому хозяйству, домашнему хозяйству, искусствам и производству»[43]. Другие инженерные и технические школы были основаны по всей стране из источников промышленного богатства — Cooper Union в Нью-Йорке, Массачусетский технологический институт, Институт Стивенса в Хобокене, Школа прикладных наук Кейса в Кливленде, Институт Пратта в Нью-Йорке и Калифорнийский технологический институт, и это лишь некоторые из них.

Капиталисты-филантропы оставили свой след в американском высшем образовании не только в науке. Джозеф Уортон, богатый производитель металлов, пожертвовал Пенсильванскому университету около 600 000 долларов на школу финансов и коммерции, которая должна была готовить менеджеров, бухгалтеров и руководителей промышленных предприятий, которые должны были руководить инженерами и прикладными учёными, выпускаемыми техническими вузами. В 1870-х и 1880-х годах были основаны совершенно новые университеты одними из самых богатых людей страны: Университетом Джонса Хопкинса, Университетом Тулейна, Университетом Кларка, Университетом Вандербильта, Стэнфордским университетом, Корнеллским университетом и другими.

Эти филантропы-образователи были в первую очередь капиталистами, презиравшими аристократические претензии джентльменов-фермеров и невежество дилетантов и торговцев в технических вопросах. Помня о собственной неподготовленности в начале карьеры, они отдавали предпочтение практическому образованию, которое способствовало бы развитию таких же начинаний и создавало благодатную почву для развития их нового общества. Они также ощущали потребность в квалифицированных кадрах для растущей индустриальной и корпоративной экономики. Будучи организаторами фабрик и других предприятий, где шло всё более глубокое разделение труда, они предпочитали готовить технически грамотных управленцев и снижать уровень квалификации своих рабочих; по словам Эбботта Лоуренса, пусть «твёрдые руки» выполняют работу, а «проницательные головы» проектируют и направляют трудовой процесс. Впечатлённые полезностью прикладной науки, они субсидировали преподавание и исследования в области естественных и инженерных наук, а также поддерживали профессионально-технические и прикладные программы в колледжах, противопоставляя их господствующему классическому

[43] Керти и Нэш, «Филантропия», стр. 64-65.

образованию. К концу века они были в восторге от прогресса, достигнутого в создании университетов и колледжей по их собственному образу и подобию. И, конечно же, они были рады сочетать эту корысть с видимостью щедрости и альтруизма.

Предприимчивые учёные и ректоры колледжей облегчили работу филантропов. Развитие современных университетов и становление профессиональной науки в Соединённых Штатах во многом стали результатом деятельности элитных ректоров колледжей и учёных, которые призвали промышленных магнатов признать важность их вклада в зарождающееся индустриальное и корпоративное общество. Они просили и получали деньги на свою работу, свои учреждения и себя.

Ученые предлагали свои таланты и услуги капиталистам в обмен на новые лаборатории и стипендии; они уступили колледжам определенную степень автономии в обмен на легитимную базу операций, некоторую финансовую безопасность и защищенную роль в подготовке новых ученых в области фундаментальных и прикладных наук, а также в проведении исследований. Президенты колледжей выступали в роли посредников, охотно предлагая свои услуги и институты как капиталистам, так и ученым в обмен на новые сферы услуг, которые гарантировали бы постоянную актуальность и финансовую безопасность их учреждений в условиях восходящего экономического порядка. Их новые здания и целевые фонды убедили их в правильности выбранного пути. К 1872 году на филантропию приходилось почти половина 13 миллионов долларов дохода, полученного всеми высшими учебными заведениями страны[44].

Создание школ, институтов и университетов было совершенно иным подходом, чем пожертвования в благотворительные организации и создание домов престарелых. Оба они были призваны удовлетворять потребности развивающегося индустриального и корпоративного общества, но разными способами. Один из них был направлен на улучшение ситуации: он пытался компенсировать недостатки капиталистической социальной структуры. Другой был более техническим и «профилактическим»: институты создавались для удовлетворения потребностей системы в технической экспертизе и управлении промышленностью и обществом. Оба были важны для выживания и развития промышленности, организованной в капиталистическом обществе.

Однако ресурсы и стратегии обоих подходов имели свои ограничения. Подход, основанный на социальной работе, был благоприятен в то время, когда большинство филантропов настаивали на превентивных стратегиях. Создание университетов и институтов,

[44]Элберт Воган Уиллс, Рост американского высшего образования — либерального, профессионального и технического (Филадельфия: Dorrance and Co., 1936), стр. 147.

имевшее превентивный характер, было ограничено в двух отношениях. Во-первых, оно часто представляло собой индивидуальный шаг со стороны конкретного богатого мужчины или женщины, основавших учреждение, чтобы отразить личное видение потребностей. Хотя некоторые из них заручились поддержкой дальновидных президентов университетов, эти учреждения часто слишком ярко отражали личности и своеобразные взгляды своих основателей. Только когда управление перешло к попечителям учреждения, оно стало отражать более широкий взгляд внутри класса благотворителей. Таким образом, попечители, реализовавшие завещание Джонса Хопкинса об основании университета, смогли сделать то, что они коллективно считали стоящим, поскольку их обширный устав освобождал их от подробных инструкций покойного благотворителя, а целевое финансирование означало, что у них «не было необходимости подчиняться предписаниям какого-либо законодательного органа, убеждениям какой-либо религиозной организации или требованиям прессы»[45]. Большинство благотворителей, особенно те, кто основал свои учреждения, находясь уже на земле, более строго контролировали политику и кадры.

Вторым ограничением полезности университетского движения среди богатых был масштаб. Большинство основателей обладали состояниями, достаточными для создания только одного учреждения, а те, у кого было достаточно средств, чтобы сделать больше, тем не менее концентрировали свою энергию и деньги в одном месте. Таким образом, их прямое влияние исходило только из одного места, а их косвенное влияние было лишь моделью. Часто это были мощные силы. К середине девятнадцатого века институт Ван Ренсселера утверждал, что он выпустил большинство инженеров и естествоиспытателей страны. А класс богатых основателей университетов был немногочислен и часто влиял друг на друга: новый университет Эзры Корнелла в Итаке вызывал восхищение Лиланда Стэнфорда, а создание Стэнфорда в Калифорнии произвело большое впечатление на Джонаса Кларка и его планы относительно Массачусетса[46]. Несмотря на эти исключения, общие ограничения индивидуализма и ограниченности ресурсов снижали полезность университетского строительства для корпоративного капитализма.

Похвала, которую принесли эти «добрые дела», не означала, что филантропию нельзя улучшить. И, конечно же, капиталистический импульс верить в совершенствуемость организации любого предприятия побуждал многих филантропов искать ошибки и пути к лучшему. Основная критика была направлена на очевидные ограничения программ социального вмешательства, направленных на улучшение

[45] Кёрти и Нэш, «Филантропия», стр. 135.
[46]Там же, стр. 64-65, 112-14.

ситуации. Но хотя движение за создание школ открыто не критиковалось, вскоре на горизонте появилась преемница. В лучшем случае университеты были продуктивными образцами капиталистической рациональности и технической современности на диком, конкурентном рынке, казалось бы, некомпетентных учебных заведений. Неудивительно, что именно филантропии, созданные королями нефти и стали, направили американское образование по тому же пути к вертикальной организации и централизованному контролю, который они создали в своих собственных отраслях.

## «ЕВАНГЕЛИЕ БОГАТСТВА» КАРНЕГИ

Растущие состояния Карнеги и Рокфеллеров в этой стране сделали их яркими символами как успеха, так и несправедливости промышленного капитализма. Именно эта тяжелая ответственность побудила Эндрю Карнеги объяснить проблемы, связанные с большим богатством, и изложить обязанности, которые пришли с обладанием им. В влиятельном двухчастном эссе под названием «Богатство», опубликованном в North American Review в 1889 году[47], Карнеги с приливом уверенности изложил план обеспечения непрерывного частного накопления богатства. «Проблема нашего века», — смело начал он, — «заключается в правильном управлении богатством, чтобы узы братства могли по-прежнему связывать богатых и бедных в гармоничных отношениях». Обращаясь скорее к восприимчивой аудитории среди «имущих», чем к агрессивным «неимущим», Карнеги определил накопление богатства как существенный фактор «прогресса расы». «Хорошо это или плохо, но это зависит от нас, мы не в силах это изменить, а значит, должны принять и использовать наилучшим образом. Критиковать неизбежное — пустая трата времени», — успокаивающе добавил он.

Хотя «закон» конкуренции капитализма «иногда может быть тяжёл для отдельного человека, он лучше для расы, поскольку обеспечивает выживание наиболее приспособленных в каждой отрасли», – заметил он, перефразируя широко почитаемого в то время Герберта Спенсера. Более того, он создал огромное материальное богатство, благодаря которому все люди стали жить лучше. Общество должно не только принять, но и приветствовать «большое неравенство условий», в частности, «концентрацию бизнеса, промышленного и коммерческого, в руках немногих». Не стоит сожалеть, что капиталисты «скоро начнут получать больше доходов, чем могут разумно потратить на себя». Богатые просто

[47]«Богатство», North American Review, 148 (июнь 1889 г.), 653–64; и 149 (декабрь 1889 г.), 682–98; перепечатано в Andrew Carnegie, Gospel of Wealth and Other Timely Essays (Кембридж, Массачусетс: Harvard University Press, 1962), стр. 14–1449.

обязаны распоряжаться своим состоянием разумно.

Он предупреждал, что им не следует оставлять большую часть своего состояния семьям, поскольку такое наследство подрывает моральные устои получателей. Богач также не должен просто завещать своё состояние на общественные нужды, поскольку накопление большого богатства и отсутствие интереса или рассудительности для его разумного расходования – моральное предосудительное занятие. Какой бы захватывающей ни казалась Карнеги его карьера в сфере зарабатывания денег, она всегда казалась ему ниже морального и интеллектуального уровня, к которому он стремился. Более чем за два десятилетия до своих заявлений о богатстве Карнеги написал себе записку, обещая вскоре уйти из бизнеса: «Если я ещё долго буду увлечён деловыми заботами и буду всецело сосредоточен на том, чтобы заработать больше денег в кратчайшие сроки, это должно унижать меня до такой степени, что я не смогу выздороветь окончательно»[48]. Теперь Карнеги наставлял своих коллег: «Человек, умирающий таким богатым, умирает опозоренным».

Карнеги в своей статье заявил, что долг богатого человека «рассматривать все излишки доходов, поступающие к нему, просто как трастовые фонды», и делать то, что «по его мнению», лучше всего для общества. Таким образом, богатый капиталист является «простым доверенным лицом и агентом своих более бедных собратьев, предлагая им на службу свою выдающуюся мудрость, опыт и способность управлять» — одним словом, «делает для них больше, чем они хотели бы или могли бы сделать сами».

Затем он рекомендовал мужчинам и женщинам со значительным достатком семь способов использования их излишков богатства, объявив приоритеты, которым он следовал в последующие годы. Во главе списка стояли университеты, которым Карнеги пожертвовал более 20 миллионов долларов за свою жизнь. Далее шли бесплатные публичные библиотеки, которые, по мнению Карнеги, соответствовали его цели «стимулировать лучших и наиболее целеустремленных бедняков общества к дальнейшим усилиям по их собственному улучшению». Карнеги пожертвовал 2811 библиотек общинам, которые обещали их поддерживать; эта самая известная из его филантропических акций поглотила более 60 миллионов долларов его состояния. Карнеги также рекомендовал жертвовать деньги на медицинские учреждения, общественные парки и благоустройство города, залы для «концертов возвышающей музыки» и просветительских лекций, плавательные бассейны и — наконец — церковные здания[49].

[48] Уолл, «Карнеги», стр. 812-13.

[49] О дарах, подаренных Карнеги при жизни и завещанных им после смерти, см. «Руководство по общественным пожертвованиям Эндрю Карнеги» (Вашингтон, округ Колумбия: Фонд Карнеги за международный мир, 1919).

Круглое лицо Карнеги сияло, а глаза сверкали, когда он принимал восхищение богатых поклонников и льстивых просителей. Гладстон освятил предложения Карнеги рецензией на его статью в престижном британском журнале «Nineteenth Century», критикуя только осуждение Карнеги унаследованного богатства. Со своей прославленной позиции Карнеги игнорировал критические рецензии на свою статью. Преподобный Хью Прайс Хьюз, видный методистский священник и христианский популист, осудил это новое «Евангелие богатства», как его стали называть. «“Прогресс” г-на Карнеги сопровождается растущей “бедностью” его менее удачливых соотечественников», – писал он. Уильям Джуэтт Такер, либеральный теолог и будущий президент Дартмутского колледжа, отмечал, что предположение, «что богатство – это неизбежное достояние немногих и которое они лучше всего распределяют в интересах многих, ставит перед обществом вопрос об экономической справедливости». «Я не могу представить себе большей ошибки, — возразил Такер, — чем попытка заставить благотворительность выполнять функцию правосудия»[50].

Благотворительность Карнеги никогда не ставила своей целью справедливость; его целью было «вести людей вверх». Как и его политика, благотворительность Карнеги представляла собой смесь моралистических программ по цивилизации масс, импульсивных решений и сентиментальности. Библиотеки, институты, концертные залы и церковные органы — 7689 органов стоимостью более 6 миллионов долларов — были переданы в дар бедным и рабочим классам. В 1904 году он выделил более 10 миллионов долларов Фонду героев Карнеги в честь мужчин и женщин, получивших ранения или погибших при попытке спасти своих собратьев; герою или его или ее выжившей семье вручали медали, а иногда и денежные гранты, чтобы побудить массы следовать примеру «героев цивилизации». Карнеги также выделил 3,75 миллиона долларов на парки, зоны отдыха и общее благоустройство своего родного города Данфермлин, Шотландия[51].

## ПРЕПОДОБНЫЙ ГЕЙТС ЗНАКОМИТ РОКФЕЛЛЕРА С «ОПТОВОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬЮ»

Как и у Карнеги, интерес Джона Дэвисона Рокфеллера к финансовой благотворительности предшествовал его самым известным филантропическим делам. С юности жизнь Рокфеллера состояла из работы, семьи и баптистской церкви. Больше похожий на свою набожную мать, чем на своего добродушного и импульсивного отца, Рокфеллер жил дисциплинированной жизнью, вечно экономя, но помня о своих

[50]Уолл, «Карнеги», стр. 806-12.
[51]Руководство по общественным пожертвованиям

христианских обязанностях. Даже в 1855 году, когда он зарабатывал 3,50 доллара в неделю в качестве клерка-бухгалтера в Кливленде, Рокфеллер аккуратно распределял около 10 процентов своего дохода на благотворительность и церковную работу. Его благотворительность росла вместе с его богатством; к 1881 году он жертвовал более 60 000 долларов в год[52]. К концу века он и Карнеги соревновались в своей филантропии — причем Карнеги опережал.

Рокфеллер усердно жертвовал на благотворительность, но был нещедр духом. Как и другие люди его времени, карабкавшиеся по лестнице делового успеха и достигшие вершины, Рокфеллер не видел оправдания бедности. Начав собственное дело в двадцать лет, нефтяной король «знал», что упорный труд и дисциплинированная жизнь — средства избежать нищеты. В 1887 году Рокфеллер ответил на просьбу бедного молодого человека о пятидесяти долларах чеком, просьбой о долговой расписке и предупреждением: «Для него будет вредно получать от других то, что он может каким-либо образом обеспечить себе собственными усилиями». А после посещения «дома промышленности» в несравненном нью-йоркском районе Файв-Пойнтс он пожаловался, что, хотя учреждение предоставляет бесплатные обеды местным «бродягам» только в День благодарения, он «даст им работу и заставит их зарабатывать себе на пропитание»[53].

В то время как светские взгляды Карнеги привели его к социальному дарвинизму как биологическому и социальному объяснению неравномерного распределения богатства, религия Рокфеллера изгнала все сомнения в себе. Становясь старше и всё более комфортно ощущая своё состояние и роль филантропа, Рокфеллер пришёл к убеждению: «Бог дал мне мои деньги». Когда он произнёс эти слова в 1905 году, имя «Рокфеллер» не было самым почитаемым в Северной Америке. Поэтому он чувствовал себя призванным объяснить: «Я верю, что способность делать деньги — это дар Божий… который мы должны развивать и использовать в меру своих возможностей на благо человечества. Я считаю своим долгом зарабатывать деньги и ещё больше денег, и использовать заработанные деньги на благо моих ближних в соответствии с велениями моей совести»[54].

Совесть Рокфеллера побуждала его жертвовать огромные суммы на широкий круг благотворительных организаций, оказывающих социальное содействие. Эндрю Карнеги ставил церкви на последнее место в своём списке рекомендуемых филантропических организаций, но для Рокфеллера Баптистская церковь с её многочисленными благотворительными организациями и миссиями была наивысшим

[52]Рассказ о жизни Рокфеллера взят из книг Невинса, «Рокфеллер» и Коллиера и Горовица, «Рокфеллер», стр. 1-73.
[53]Невинс, «Рокфеллер», II, 177
[54] Кольер и Горовиц, «Рокфеллер», стр. 48.

приоритетом. Больницы и другие благотворительные организации, занимающиеся общественным благосостоянием, также были его фаворитами. Он надеялся, что его пожертвования позволят конфессии вести всех людей к праведной жизни и помогать обездоленным найти истинный путь. В 1890 году пожертвования Рокфеллера благотворительным организациям и колледжам превысили 300 000 долларов, а в следующем году – полмиллиона долларов.

Но в мае 1889 года, за месяц до публикации Карнеги первой части из его двухчастного «Евангелия богатства», Рокфеллер посвятил себя особенно амбициозному филантропическому проекту и отношениям с человеком, которому суждено было написать новую главу в филантропии. В течение нескольких лет группа баптистов на Востоке и другая группа на Западе пытались создать новую семинарию и университет для конфессии. Восточная группа хотела, чтобы учреждение располагалось в Нью-Йорке, в то время как другая группа отчаянно надеялась развить его в Чикаго, быстро растущем мегаполисе расширения страны на запад. Обе группы давили на Рокфеллера, самого богатого баптиста в мире, с целью получения миллионов, необходимых для финансирования первоклассного учреждения. Хотя Рокфеллер был заинтересован в таком проекте, его не поколебала эмоциональность призыва ни одной из групп[55].

В мае 1888 года в Вашингтоне собрались борющиеся за выживание академии, семинарии и колледжи конфессии, чтобы основать Американское баптистское образовательное общество, чтобы собирать средства на баптистское образование и координировать его развитие. Они назначили быстро продвигавшегося по службе преподобного Фредерика Т. Гейтса исполнительным секретарём, и с этой должности он взлетел на вершину филантропической и корпоративной власти.

Гейтс немедленно провёл исследование потребностей баптистов в образовании по всей стране. Вооружённый своими данными, он написал подробный и красноречивый отчёт. Гейтс показал, что почти половина баптистов страны проживала к западу от Пенсильвании и к северу от реки Огайо, но что образовательные учреждения конфессии в этом регионе были практически бесполезны. Он пришёл к выводу, что новый баптистский университет следует построить «на руинах старого Чикагского университета», слабого и к тому времени обанкротившегося конфессионального учреждения. Хотя новый университет должен был объединить наиболее способных специалистов как на классических, так и на научных факультетах, он должен был быть «учреждением, полностью находящимся под контролем баптистов, как по праву, верным Христу и Его церкви, принимающим на работу только христиан на всех

[55]Подробный и доступный для чтения отчет о развитии Чикагского университета можно найти в книге Невинса, «Рокфеллер», II, 191-227.

факультетах обучения, школой не просто евангельской, но и евангелизационной»[56].

Доклад Гейтса стал поворотным моментом в кампании конфессии за создание университета. Как он сам выразился, «братья были „в полном отчаянии“». Чикагские сторонники объединились вокруг доклада, и сторонники идеи создания университета в Нью-Йорке стали ещё более эмоциональными в своих отчаянных призывах к Рокфеллеру. Исполнительный совет Образовательного общества единогласно одобрил предложение на собрании в декабре 1888 года. В течение шести месяцев Гейтс получил одобрение Рокфеллера и первоначальное пожертвование в размере 600 000 долларов, которое вскоре превратилось в поток поддержки, составивший в общей сложности 35 миллионов долларов за последующие двадцать один год. Рокфеллер был настолько впечатлён Гейтсом, что в 1889 году написал президенту Чикагского университета Харперу: «Я решил действовать в своих образовательных благотворительных целях через Американское баптистское образовательное общество»[57].

Рокфеллер, измученный полной погруженностью в бизнес с двадцати лет, был физически раздавлен, когда ему исполнилось пятьдесят в 1889 году. Он все больше страдал от нервного переутомления и желудочных заболеваний. Вскоре он потерял все волосы, включая брови, из-за нервного заболевания, генерализованной алопеции. Его врачи предупреждали его, чтобы он максимально ограничил свою деятельность, но его обязанности росли. Хотя Standard Oil теперь находилась в руках опытных и доверенных помощников, поток запросов на большие и малые части его состояния от церквей, миссионерских обществ, больниц, колледжей, благотворительных организаций и частных лиц увеличивался — однажды количество запросов достигало 50 000 в месяц[58].

В марте 1891 года Рокфеллер усадил Гейтса и изложил ему свою проблему:

> *Я в беде, мистер Гейтс. Давление этих просьб о пожертвованиях стало невыносимым. У меня нет ни времени, ни сил, учитывая всю мою тяжесть деловых обязанностей, чтобы должным образом справиться с этими требованиями. Я так устроен, что не могу раздавать деньги с удовлетворением, пока не проведу самое тщательное исследование ценности дела. Эти расследования отнимают у меня больше времени и энергии, чем сама «Стандард Ойл». Мне нужно либо переложить часть бремени, либо полностью прекратить жертвовать. И последнее я*

[56]Там же, 213-14.
[57]Там же, 213-14, 627, 266
[58]Там же, 269, 427; и Кольер и Горовиц «Рокфеллер», стр. 45-47.

*сделать не могу*[59].

«Конечно, вы не можете этого сделать, мистер Рокфеллер», — ответил Гейтс, слушая с большим вниманием и в то же время предвосхищая точку зрения благодетеля.

«Ну, мне нужен помощник, — продолжал Рокфеллер. — Я наблюдал за вами. Думаю, вы — тот самый человек. Я хочу, чтобы вы приехали в Нью-Йорк и открыли здесь офис. Вы можете помочь мне в моих благотворительных делах, проводя собеседования и проводя расследования, а также сообщая о результатах для принятия мер. Что вы скажете?»

Осознавая, какое богатство и власть окажутся в его руках и будут использованы им во благо всего, что он считал важным, Гейтс без малейших колебаний согласился. Так он завязал отношения с Рокфеллером, которые превратили крупнейшее в мире состояние в наиболее стратегически продуманную филантропию, заложив принципы, методы и направления, которые вскоре были переняты другими филантропами и продолжились в течение следующих двух поколений династии Рокфеллеров. Многочисленные программы в области медицины и общественного здравоохранения стали центральной частью стратегии Гейтса.

В сентябре 1891 года Гейтс занял офис в здании Темпл-Корт в Нью-Йорке, недалеко от офисов рокфеллеровской компании Standard Oil на Бродвее, 26. Он продолжал работать в Образовательном обществе, даже когда взял на себя ответственность за благотворительную деятельность Рокфеллера. Просителей, которые преследовали Рокфеллера «почти как дикие звери», отправляли в кабинет Гейтса. «Я делал всё возможное, чтобы успокоить взволнованные чувства, внимательно выслушивал каждую просьбу и справедливо взвешивал достоинства каждого дела», — вспоминал Гейтс о своих днях в Темпл-Корт[60].

С той же систематической тщательностью, которая отличала его отчёт для Образовательного общества, Гейтс изучал каждый поступавший запрос. «Я обнаружил, что многие из обычных благотворительных акций мистера Рокфеллера оказались бесполезными и практически мошенническими. Но, с другой стороны, я постепенно развил и внедрил во все его благотворительные организации принцип научного пожертвования, и вскоре он обнаружил, что почти полностью

[59]Гейтс описывает встречу с Рокфеллером в своей «Автобиографии». На момент подготовки и написания этой книги автобиография Гейтса хранилась в неопубликованном машинописном виде в архивах Фонда Рокфеллера. С тех пор она была опубликована под названием «Главы моей жизни» (Нью-Йорк: Free Press, 1977). Я продолжаю использовать ссылку «Гейтс, Автобиография», имея в виду страницы машинописного текста. Встреча Гейтса с Рокфеллером также подробно описана в книге Невинса «Рокфеллер», II. 266–69.

[60]Гейтс, Автобиография, стр. 342; и цитируется в Nevins, Rockefeller, II, 268.

отказался от розничных пожертвований и благополучно и с удовольствием вступил на поприще оптовой филантропии»[61].

Первым шагом Гейтса в поддержку «всеобщей благотворительности» стало увеличение пожертвований Рокфеллера государственным и региональным баптистским организациям и сокращение пожертвований отдельным церквям, миссиям и благотворительным организациям. Заставив каждую церковь и миссию получать помощь от централизованных конфессиональных советов, Гейтс усилил их власть над разбросанной паствой[62].

Вскоре после переезда в Нью-Йорк Гейтс взял на себя управление многочисленными инвестициями Рокфеллера, не входящими в состав Standard Oil. Как и в случае с благотворительными организациями, Рокфеллер всегда тщательно проверял свои инвестиции, прежде чем вкладывать в них деньги. Часто знакомые убеждали его вложить деньги в проект или отрасль, которые, как они заверяли, щедро окупятся. Большую часть огромного «избыточного» богатства, которое Рокфеллер извлекал из нефти, он вкладывал не в благотворительность, а в «довольно много разных отраслей». К 1893 году он, помимо Standard Oil, накопил шестьдесят семь крупных инвестиций на сумму 23 миллиона долларов в железные дороги, горнодобывающую промышленность, обрабатывающую промышленность и банки. «Мне пришло в голову, — вспоминал позже Рокфеллер, — что мистер Гейтс, обладавший огромным запасом здравого смысла, хотя и не обладавший особыми техническими знаниями о фабриках и заводах, мог бы помочь мне получить информацию из первых рук о том, как на самом деле процветают эти предприятия». Он попросил Гейтса изучить некоторые из этих инвестиций, когда тот случайно оказался в этом районе по делам Образовательного общества[63].

Гейтс проверил несколько отдаленных ставок Рокфеллера: огромную схему спекуляции землей на Тихоокеанском Северо-Западе, в которую двое прихожан баптистской церкви Рокфеллера на Пятой авеню убедили нефтяного магната вложить деньги; инвестиции в размере 600 000 долларов в сталелитейный завод в Уэст-Супириор, Висконсин, и мошенничество со спекуляцией землей, рекомендованные теми же братьями; и небольшую сталеплавильную печь в Алабаме. Гейтс продемонстрировал свои разнообразные способности и исключительную ценность для своего работодателя. «Его отчет был образцом того, каким должен быть такой отчет», — заметил Рокфеллер с несвойственной ему похвалой. «В нем излагались факты, и в данном

[61]Невинс, «Рокфеллер», II, 268.
[62]Гейтс, Автобиография, стр. 342-45.
[63]Рокфеллер, «Случайные воспоминания», стр. 116; Аллан Невинс, «Исследование власти: Джон Д. Рокфеллер, промышленник и филантроп» (Нью-Йорк: Charles Scribner's Sons, 1953), II. 197; и Гейтс, «Автобиография», стр. 366.

случае они были почти все неблагоприятными». Одна инвестиция, которая, по мнению Рокфеллера, приносила доход в 1000 долларов в день, вместо этого приносила убытки[64].

Ещё одно расследование Гейтса, касающееся якобы богатых золотых приисков в Колорадо, которое оказалось чистой воды мошенничеством, решило дело Рокфеллера. Его доход теперь превышал 10 миллионов долларов в год, он был физически и эмоционально на грани краха и отчаянно нуждался в помощнике, которому мог бы полностью доверять. Он попросил Гейтса покинуть свой офис в здании Темпл-Корт и разделить с ним личные кабинеты на Бродвее, 26. «Так, — писал Гейтс, — я стал бизнесменом»[65].

## ПРЕПОДОБНЫЙ ФРЕДЕРИК Т. ГЕЙТС: СТАНОВЛЕНИЕ РОКФЕЛЛЕРА-ВРАЧА

Неудивительно, что Гейтс оказался таким привлекательным помощником как в филантропии, так и в финансах. Хотя он окончил Рочестерский университет, контролируемый баптистами, и баптистскую семинарию в Рочестере, а затем восемь лет посвятил служению, Гейтс в душе был бизнесменом в духовной одежде. Как он сам сказал в своей автобиографии:

> *Большая часть моей жизни, по сути, была бессознательной подготовкой к успешному бизнесу. Мой интересный опыт работы продавцом в сельской лавке, продажи борон[66] и кассиром в сельском банке, интерес к финансовым делам отца и способам погашения наших долгов, изучение политической экономии у доктора Андерсона в Рочестере, пристальное изучение финансов нашей церкви в Миннеаполисе, привычка рассматривать вещи в их финансовых тенденциях и взаимосвязях, изучение финансов конфессий в стране и за рубежом – всё это дало мне деловой опыт и финансовый поворот[67].*

Гейтсу было почти тридцать восемь лет, когда он пошел работать на Рокфеллера. Его ранние годы прошли в сельской бедности. Его отец изучал медицину, но обратился к баптистскому служению, чтобы сделать его делом своей жизни. Последовательные общины старшего Гейтса были в основном бедными фермерами в сельском Нью-Йорке; его семья разделяла эту бедность, которая взрастила по крайней мере часть решимости Фредерика оставить ее позади в своей собственной жизни.

[64]Невинс, «Рокфеллер», II, 274-81; и «Рокфеллер, Случайные воспоминания», стр. 117.
[65]Невинс, «Рокфеллер», II, 279-81.
[66] Борона́ — сельскохозяйственное орудие для поверхностной обработки почвы. Может использоваться как отдельно: например, агрегатироваться с тракторами на сцепках, так и совместно: с плугами, сеялками, культиваторами или другими сельхоз орудиями (прим. переводчика).
[67]Там же, 274; и Гейтс, Автобиография.

Когда семья переехала в Форест-Сити, штат Канзас, Фредерик начал, но был вынужден бросить среднюю школу, а затем преподавал в школе, чтобы заработать деньги и помочь своей семье выплатить растущий долг по их ферме[68]. Во время учебы в старшей школе и колледже Гейтс работал со свойственным ему усердием и энергией и обнаружил, насколько он нравится своим работодателям. Его проницательный ум продавца принес ему 1500 долларов за продажу борон. Гейтс развивал чувство того, куда его амбиции в конечном итоге могут привести.

Религиозный опыт юного Гейтса сыграл такую же важную роль в формировании его будущей жизни, как и его опыт борьбы с бедностью. «Лучшее, что религия могла предложить мне в детстве, — писал он в конце жизни, — это смерть и рай, и то, чего я больше всего боялся — быть нормальным, здоровым мальчиком». Работая учителем, Гейтс развил в себе сильное влечение к интеллектуальным и личностным аспектам религии, хотя его обращение не было эмоциональным. Он находил социальное и моральное учение Христа очень привлекательным: «Меня влекла его личность и характер, и я чувствовал, что на протяжении всей своей жизни хочу быть на его стороне и его друзьях против мира и его врагов. Таково, честно говоря, было единственное „обращение“, которое я когда-либо переживал».

Он считал, что его семинарское образование было настолько академичным, что плохо подготовило его к пасторскому служению. Он отказался от философского идеализма, культивируемого в семинарии, и, основываясь на собственном чтении, жизненном опыте и изучении экономических и социальных проблем своей общины, Гейтс перенял прагматическую философию, которая больше соответствовала его личности и амбициям. Его деятельность по сбору средств для бедного прихода в Миннеаполисе и менее торжественные, более современные проповеди привлекли больше прихожан, а вместе с ними и большее богатство.

Однажды Джордж Пиллсбери, чье состояние на муке сделало его самым богатым баптистом на Северо-Западе, попросил Гейтса совета по составлению завещания и, в частности, по поводу завещания в размере 200 000 долларов баптистской школе. Пиллсбери был очень доволен предложением Гейтса немедленно выделить школе 50 000 долларов при условии, что конфессия в Миннесоте соберет такую же сумму — чтобы гарантировать их заинтересованность — и что он завещает школе еще 150 000 долларов. Лидеры баптистов также были довольны и поручили Гейтсу собрать их долю в размере 50 000 долларов. Гейтс оставил пасторство и принял вызов. Его методы привлечения баптистов в штат

[68]Единственное упоминание о ранней жизни Гейтса содержится в его «Автобиографии»; краткое изложение с цитатами см. в книге Невинса, Рокфеллера, II, 269-72.

были настолько эффективными, что вскоре ему удалось собрать 60 000 долларов[69]. Гейтс понял, что нашел свое призвание.

Он разработал ряд правил сбора средств, которые усвоил «в основном, будучи пастором», и пару лет спустя записал их по просьбе своих поклонников из ремесла. Одевайтесь хорошо, ведите себя достойно, делайте вид, что визит будет коротким, будьте добродушны и «сохраняйте добродушие вашей жертвы… Дайте ей почувствовать, что она сама даёт, а не что её у неё силой отнимают». Правило номер семь он неукоснительно соблюдал на протяжении почти четырёх десятилетий службы Рокфеллеру: «Взывайте только к самым благородным побуждениям. Его собственный разум подскажет ему низменные и эгоистичные. Но он не захочет, чтобы вы думали, будто он сам о них подумал. Он хочет, чтобы вы поверили, что он даёт исключительно из самых высоких побуждений»[70]. За несколько лет Гейтс вырос от пастора среднестатистической баптистской общины в Миннеаполисе до должности на уровне штата в конфессии в Миннесоте - главного должностного лица Национального образовательного общества баптистов, работая при этом в тесном контакте с самим г-ном Рокфеллером, управляя множеством инвестиций и огромной благотворительной деятельностью.

Сразу после того, как Гейтс присоединился к личному офису Рокфеллера, чтобы управлять его финансами, он начал тщательную оценку всех активов Рокфеллера за пределами «Standard Oil Trust». Ему была предоставлена полная свобода действий в реорганизации инвестиций и корпораций, а также помощники, кредит и конфиденциальная информация. «У меня были все необходимые инструменты, — вспоминал Гейтс, — и механизм был хорошо смазан и не испытывал ни малейшего сопротивления. Ни один человек с серьёзными деловыми обязанностями не жил так счастливо, как я. Ни один человек не был наделён большим количеством внешних факторов успеха или лучшими возможностями». В некоторых компаниях Гейтс скупил достаточно акций, чтобы взять под контроль и назначить менеджмент, приемлемый для него и Рокфеллера. Другие инвестиции были полностью распроданы. В конце концов, Гейтс стал президентом тринадцати корпораций, в которых Рокфеллер теперь имел контрольный пакет акций. Он значительно увеличил состояние Рокфеллера, и самым крупным из них стала прибыль в размере 55 миллионов долларов, полученная Гейтсом от продажи железорудного месторождения Месаби и связанных с ним отраслей промышленности, которые он развивал[71].

Хотя Гейтс пришёл на работу к Рокфеллеру бедным человеком, он

[69]Невинс, «Рокфеллер», II, 272-75.
[70]Меморандум от 20 апреля 1891 г., файлы GEB, архив Фонда Рокфеллера.
[71]Невинс, «Рокфеллер», II, 282-85; и Гейтс, «Автобиография», стр. 375.

вскоре исправил это досадное положение. Будучи исполнительным секретарём Баптистского образовательного общества, Гейтс получал по тем временам солидный доход в 2500 долларов в год. Переехав на восток и открыв офис в здании Темпл-Корт, Рокфеллер добавил к своему доходу 1500 долларов. Дополнительные обязанности привели к ежегодному увеличению зарплаты, «всегда выплачиваемой корпорациями, которыми я управлял», пока через десять лет работы с Рокфеллером он не стал получать зарплату в 30 000 долларов, что было очень хорошим доходом в первое десятилетие нашего века. Из его заработка Гейтс и его жена накопили достаточно, чтобы оплатить свой дом в Монклере, штат Нью-Джерси, и вложили около 60 000 долларов в компании, которые он организовал и управлял для Рокфеллера. Эта небольшая инвестиция принесла ему более 500 000 долларов, когда он продал свои акции в 1902 году. «Разумные инвестиции с небольшими потерями постепенно увеличили эту сумму». В 1916 году Гейтс начал конвертировать все свои инвестиции в акции банков, которые в то время росли в цене и приносили прибыль, и призвал Рокфеллера сделать то же самое, особенно рекомендуя Chase National Bank, который выплачивал дивиденды в размере 20% на вложенный капитал. К моменту своей смерти в 1929 году Гейтс был богатым человеком, хотя, разумеется, его состояние было значительно меньше, чем у его работодателя[72].

Хотя Рокфеллер никогда никому не делал прямых комплиментов, он не раз отмечал свою высокую оценку «феноменальных деловых способностей» Гейтса. В ответ на вопрос репортёра: «Кто из известных вам бизнесменов самый великий?» Рокфеллер осыпал Гейтса тёплыми похвалами. «Он сочетает в себе деловые навыки и филантропические способности в большей степени, чем любой другой человек, которого я когда-либо знал»[73]. Хотя Гейтс и принимал важное участие в финансах Рокфеллера, организация им благотворительных программ Рокфеллера, особенно медицинских, делает его исторически значимым.

В 1897 году Джон Д. Рокфеллер-младший окончил Университет Брауна и осторожно пытался найти своё место в мире, захваченном его отцом. Его наследственное положение в мире промышленности и финансов практически не оставляло ему возможности для каких-либо достижений, которые он мог бы назвать своими. Его имя было неотделимо от имени отца, который, пожалуй, был самым очернённым из всех великих баронов-разбойников. Единственной сферой, в которой он мог закрепиться на новых позициях и одновременно помочь очистить

[72]Гейтс, «Автобиография», стр. 310-315; Письмо Ф.Т. Гейтса Дж.Д. Рокфеллеру, 12 июня 1916 г., и Письмо Э.Н. Кэри Дж.Д. Рокфеллеру, 4 мая 1909 г. Оба письма находятся в Архиве семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

[73]Цитируется в статье BC Forbes «Как Джон Д. Рокфеллер стал выдающимся организатором и самым богатым человеком Америки», Leslie's, 29 сентября 1917 г. См. также Рокфеллер, «Случайные воспоминания», стр. 117.

имя семьи, была благотворительность. Так он вошёл в личный кабинет отца на Бродвее, 26, в империю, которой руководил преподобный Гейтс[74].

С трудом Гейтс и «мистер Рокфеллер-младший» наладили рабочие отношения. Джону Д. Рокфеллеру-младшему тогда было двадцать три года, он был неопытен и замкнут до застенчивости. Гейтс, который был старше его на двадцать лет, не скрывал своей уверенности в себе, проистекающей из разнообразного опыта и личных достижений; он был полон энтузиазма. Тем не менее, Джон Д. Рокфеллер-младший учился у Гейтса, на своих собственных успехах и неудачах и выстроил свою независимую роль как в благотворительности, так и в финансах. Гейтс, со своей стороны, научился терпимо относиться к этому отпрыску человека, на которого работал и которого по-настоящему уважал. Гейтс считал его «старательным», но лишенным воображения. «Он был самодельным и самоотверженным», — с презрением вспоминал он. Рокфеллер-старший, как заметил его биограф Аллан Невинс, нашел «именно то сочетание качеств, которое ему было необходимо: Гейтс, наделенный прежде всего воображением, огнем и видением, сын же, прежде всего, здравым смыслом, осторожностью, общественным духом и добросовестностью»[75].

Гейтс и Джон Д. Рокфеллер-младший исследовали новые направления благотворительности и ценность инвестиций Старшего, представляя финансисту для принятия окончательного решения основные предложения по обоим направлениям. Гейтс излагал свою точку зрения в красноречивых отчётах; Рокфеллер-младший полагался на устное убеждение. «Гейтс был блестящим мечтателем и творцом», — вспоминал Джон Д. Рокфеллер-младший годы спустя. «Я был продавцом — посредником между отцом и его партнёром в подходящий момент». Старший редко брался за новое дело. «Позволю идее созреть», — часто говорил он сыну и Гейтсу. Затем, спустя недели, месяцы или даже годы, движимый непостижимыми для своих помощников соображениями, он был готов действовать[76].

Гейтс также сильно отличался от своего работодателя. Как рассказал Рэйменд Фосдик, более десяти лет занимавший пост президента Фонда Рокфеллера:

> *Г-н Гейтс был яркой, откровенной, самораскрывающейся личностью, которая привносила огромное вдохновение в свою работу; г-н Рокфеллер был тихим, спокойным, немногословным в своих мыслях и намерениях, почти стоическим в своем сдерживании. Г-н Гейтс обладал красноречием, которое могло быть страстным, когда он был возбужден;*

[74]Подробности жизни Джуниора можно найти в книге Коллиера и Горовица «Рокфеллер», стр. 75–178. Период его вступления в должность отца описан на стр. 87–92.

[75]Гейтс, «Автобиография», стр. 517-18; Невинс, Рокфеллер, II, 289.

[76]Рэймонд Фосдик, «Джон Д. Рокфеллер-младший, Портрет» (Нью-Йорк: Harper and Bros., 1956), стр. III; Невинс, «Рокфеллер», II, 290.

*г-н Рокфеллер, когда он вообще говорил, говорил медленно, размеренно, ясно и проницательно, но не повышая голоса и не жестикулируя. Г-н Гейтс был подавляющим и порой властным в споре; г-н Рокфеллер был человеком бесконечного терпения, который никогда не выказывал раздражения и не говорил ни о ком с упреками[77].*

Из этого триумвирата вышли влиятельные филантропические организации, заявившие о себе как о лидере в формировании социального, экономического и политического порядка XX века. Рокфеллер, индивидуалистичный промышленник, живший в эпоху бурного старого порядка, который претерпевал изменения на рубеже веков, финансировал деятельность, но оставил руководство своим помощникам. Гейтс, олицетворявший переход от безудержного индивидуализма к корпоративной дисциплине, разработал систематические методы и рудиментарную стратегию для удовлетворения потребностей корпоративного капитализма в поддерживающих социальных институтах. Джон Д. Рокфеллер-младший, постепенно становясь ведущим представителем модернизма в отношениях корпораций с трудящимися и общественностью, привнёс изысканность и чуткость в филантропическую деятельность, развиваемую Гейтсом.

Программы и стратегии, возникшие в этом центре финансовой власти, оказали огромное влияние, особенно на медицинское обслуживание и системы здравоохранения в Соединенных Штатах и во всем мире [78].

## СОВЕТ ПО ОБЩЕМУ ОБРАЗОВАНИЮ: 129 МИЛЛИОНОВ ДОЛЛАРОВ НА СТРАТЕГИЧЕСКУЮ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ

Гейтс разделял опасения Карнеги о том, что чрезмерное наследственное богатство снижает индивидуальную инициативу и

[77]Рэймонд Фосдик, «История Фонда Рокфеллера» (Нью-Йорк: Harper and Bros., 1952), стр. 2.

[78]Для авторизованных и в значительной степени некритических историй филантропии Рокфеллеров см. историю Фонда Рокфеллера Фосдика, цитированную выше, и его Adventure in Giving: The Story of the General Education Board (Нью-Йорк: Harper and Row, 1962); Джордж У. Корнер, «История Института Рокфеллера» — 1901-1953 (Нью-Йорк. Издательство Института Рокфеллера, 1964); и Грир Уильямс, «Убийцы чумы «(Нью-Йорк: Сыновья Чарльза Скрибнера, 1969), о программах общественного здравоохранения во всем мире. Для более критических взглядов см. Гарри Кливер-младший, «Истоки зеленой революции», неопубликованная докторская диссертация, Стэнфордский университет, 1975; Э. Ричард Браун, «Общественное здравоохранение в условиях империализма: ранние программы Рокфеллера дома и за рубежом», American Journal of Public Health, 66 (1976), 897-903; Кольер и Горовиц, «Рокфеллер»; и следующие главы этой книги.

достижения, что оно подрывает участие своего носителя в социальных и экономических процессах, делающих общество сильным. «Ваше состояние катится, катится, как лавина!» — предупреждал он Рокфеллера. «Вы должны успевать за ним! Вы должны распределять его быстрее, чем оно растёт! Иначе оно раздавит вас, ваших детей и внуков!»[79].

Получив состояние, Рокфеллеру и его соратникам предстояло сохранить его в качестве трастового фонда для народа, как и предлагал Карнеги. «Долг состоятельных людей, — писал Рокфеллер в начале XX века, — сохранять право собственности на свою собственность и управлять своими фондами до тех пор, пока не появится человек или группа людей, способных управлять капиталом страны ради общего блага лучше, чем они сами». По его мнению, ни опыт работы с государственными и национальными законодательными органами, ни «проекты социализма» не давали никаких гарантий того, что «богатство будет управляться ради общего блага более разумно», чем это делали его частные владельцы[80].

Поскольку владельцы капитала были смертными людьми, на них лежала обязанность обеспечивать некий постоянный траст, чтобы следить за тем, чтобы их богатство использовалось разумно даже после их ухода со сцены. Не было ничего нового в этой концепции, как ее понимали Рокфеллеры, когда они основали свой первый фонд, предоставляющий гранты, Совет по общему образованию, для поддержки образования Юга. Благотворительные трасты, независимые от государства и церкви, имели правовой статус в англосаксонском праве с тех пор, как королева Елизавета приняла «статут о благотворительных целях». Однако большинство из них имели узко прописанные цели — финансирование конкретной больницы, оказание помощи своенравным девушкам в Бруклине и предоставление стипендий молодым людям, поступающим на факультет машиностроения в определенный колледж[81].

Тем не менее, было несколько прецедентов, которые оказали большое влияние на создание Совета по общему образованию, предоставив первую из его стратегических филантропических программ, направленных на преобразование основных социальных институтов. В конце Гражданской войны торговый банкир Джордж Пибоди выделил 2 миллиона долларов на образовательный фонд Юга. Война оставила Юг в руинах, а его школы были разрушены или иным образом прекратили свое существование; поколение южан росло необразованными и по-сути

[79]Невинс, «Рокфеллер». II, 291.

[80]Рокфеллер, «Случайные воспоминания», стр. 159-60.

[81]См. Ф. Эмерсон Эндрюс, «Благотворительная благотворительность» (Нью-Йорк: Фонд Рассела Сейджа, 1950); Уоррен Уивер, «Благотворительные фонды США — их история, структура, управление и отчетность» (Нью-Йорк: Harper and Row, 1967); и Бремнер, «Американская благотворительность».

неграмотными. Фонд образования Пибоди нанял Барнаса Сирса, президента Университета Брауна, для создания программы грантов для помощи школам, которые управлялись и, как правило, поддерживались южанами. Сирса сменил Джабез Л. М. Карри, политик-конфедерат и плантатор из Алабамы, который спас свою землю от конфискации после Гражданской войны, присягнув на верность Соединенным Штатам[82].

Фонд Пибоди подал пример Джону Ф. Слейтеру, текстильному фабриканту из Коннектикута, который в 1882 году выделил фонд в размере 1 миллиона долларов на образование чернокожих жителей Юга. К концу девятнадцатого века все большее число северных бизнесменов и южных реформаторов объединялись вокруг необходимости развития южных школ в целом и обучения южных чернокожих в частности. Юг был не только экономически и образовательно неразвит; это была часть страны, из которой воинствующий популизм по-прежнему получал самую широкую политическую поддержку, угрожая амбициям южных либеральных реформаторов и северных консервативных бизнесменов, которые хотели «модернизировать» и индустриализировать регион. В 1899 году эти лидеры организовали первую из нескольких конференций по образованию Юга[83].

Джон Д. Рокфеллер-младший был гостем на третьей конференции в 1901 году. Роберт С. Огден, партнер Джона Уонамейкера и генеральный менеджер их нью-йоркского универмага, зафрахтовал специальный поезд, который враждебные южные газеты окрестили «специальным для миллионеров», чтобы привезти северных бизнесменов на экскурсию по южным школам для чернокожих, а затем на конференцию с южными активистами, поддерживающими это дело. Младший и другие гости посетили институты Хэмптона и Таскиги и другие школы и завершили свою поездку встречей в Уинстон-Сейлеме. Эта конференция учредила постоянную организацию под названием Южный совет по образованию (SEB) для сбора средств среди северян, принятия на себя формального руководства кампанией по развитию южных школ и ведения пропаганды от ее имени. Хотя бюджет совета был небольшим — не более 40 000 долларов в год — и они никогда не выдавали гранты, как это делали фонды Пибоди и Слейтера, SEB нанял агентов для распространения своей

[82]См. Franklin Parker, «George Peabody, A Biography» (Nashville: Vanderbilt University Press, 1971), стр. 160–167, об основании Фонда Пибоди; и см. «Jessie Pearl Rice, JLM Curry—Southerner, Statesman, and Educator» (New York: Columbia University Press, 1949), стр. 159–175. о роли Карри в финансировании образования Юга.

[83]В книге Луиса Р. Харлана «Раздельные и неравные: кампании в пользу государственных школ и расизм в штатах Южного побережья, 1901–1915» (Чапел-Хилл: Издательство Университета Северной Каролины, 1958) обсуждается Южный совет по образованию, стр. 75–101. Значительный вклад в общий доход совета, составивший 400 000 долларов за тринадцать лет его существования, внесли Джордж Фостер Пибоди, Эндрю Карнеги, Совет по общему образованию Рокфеллера, Фрэнк Р. Чемберс из Нью-Йорка, Фонд Рассела Сейджа и Роберт К. Огден.

кампании среди влиятельных южан и законодательных собраний штатов[84].

Подобно фондам Пибоди и Слейтера, по сути объединенным под руководством их главного агента Дж. Л. М. Карри, Южный совет по образованию единогласно поддерживал только «производственное образование» для чернокожих. Школы, организованные по этой модели, обучали основам грамотности и делали упор на промышленные и сельскохозяйственные навыки, дисциплинированный труд, бережливость и правильный образ жизни. Институт Хэмптона, главным попечителем которого был Огден, а директором — член SEB Холлис Фриссел, был прототипом промышленных школ для чернокожих. Букер Т. Вашингтон, один из первых выпускников Хэмптона, основал аналогичную школу в Таскиги, штат Алабама, и стал главным чернокожим сторонником постепенной стратегии расового прогресса в стране. В течение полувека эта модель образования направляла работу движения за обязательное школьное образование, а теперь она стала центральным элементом движения за прогрессивное образование, вовлекая педагогов и бизнесменов в национальную кампанию по реформе образования[85].

Предприниматели Севера и Юга были полны энтузиазма. «На Юге есть всё необходимое для успеха», – утверждалось в «Рекорде производителей»: сырье, климат, силы природы и, прежде всего, обилие рабочей силы, которая при должной подготовке и дисциплине станет главной опорой процветания Юга в будущем. Югу остаётся лишь выполнить свой долг перед чернокожим населением, обучая его простым ремеслам[86].

Благодаря финансовой поддержке Севера, промышленные школы процветали, а немногие настоящие колледжи для чернокожих боролись с их не слишком благосклонным отношением. Южный совет по

[84]Хью К. Бейли, «Либерализм на Новом Юге — Южные социальные реформаторы и прогрессивное движение» (Корал-Гейблс, Флорида: Издательство Университета Майами, 1969). стр. 138.

[85]Харлан, «Раздельные и неравные», стр. 75-101; Хью К. Бейли, «Либерализм», стр. 75-76; Lawrence A. Cremin, «The Transformation of the School—Progressivism in American Education», 1876-1957 (New York: Knopf, 1961), стр. 23-57. Вашингтона финансово поддерживали северные бизнесмены и южные либералы; его наняли в качестве агента SEB, хотя ему никогда не разрешали присутствовать на заседании совета. Более напористые черные лидеры осудили хэмптонскую модель промышленного обучения для чернокожих. SEB DuBois указал, что исключительная поддержка промышленного обучения подчеркивала обязанности чернокожих и отодвигала их права на второй план. «Отведите глаза этих миллионов от звезд и закрепите их в земле», - насмешливо сказал он аудитории в Хэмптоне, и пусть их мечты будут о «кукурузном хлебе и патоке». DuBois, «The Education of Black People», ред. Х. Аптекер (Амхерст: Издательство Массачусетского университета, 1973), стр. 9.

[86]Кливер, «Истоки зеленой революции».

образованию и его союзники добились неохотного принятия школ для чернокожих со стороны южных политических лидеров, выступавших за превосходство белой расы, а в ответ северяне, члены SEB, вели на Севере кампанию за признание лишения чернокожих избирательных прав и законов Джима Кроу как наилучшего пути к прогрессу для чернокожих. «Белые люди должны быть лидерами, проявлять инициативу, осуществлять прямое управление всеми вопросами, касающимися цивилизации и высших интересов нашей любимой земли», — дерзко заявил Карри, бывший офицер Конфедерации, а ныне начальник штаба южной кампании. «Это превосходство белых означает не враждебность к неграм, а дружбу с ними»[87].

Для Джона Д. Рокфеллера-младшего его тур и конференция на Юге в 1901 году были «одним из выдающихся событий в моей жизни». Преисполненный чувства миссии, Джон Д. Рокфеллер-младший обсудил новый Южный совет по образованию и его программу со своим отцом и Гейтсом, своим другом Моррисом К. Джессапом и доктором Уоллесом Баттриком, дородным и жизнерадостным секретарем Баптистского домашнего миссионерского общества, который также присутствовал на конференции и теперь был членом SEB. Была сформирована небольшая группа для разработки амбициозного проекта в поддержку работы на Юге. В январе 1902 года они наметили щедрое филантропическое предприятие. В феврале расширенная группа собралась на ужин в доме Джона Д. Рокфеллера-младшего и работала весь вечер. Джон Д. Рокфеллер-младший объявил об обещании, которое он получил от своего отца, в размере 1 миллиона долларов на расходы в течение следующих десяти лет, что стало первым и самым маленьким из многих пожертвований, которые должны были последовать. Они сформировали совет попечителей для надзора за расходами и назначили Баттрика исполнительным секретарем[88]. «Юг с его разнообразными ресурсами и продуктами, — отмечалось в их меморандуме о соглашении, — имеет огромный промышленный потенциал, и его процветающее будущее будет обеспечено надлежащим образованием и обучением для его детей обеих рас»[89].

Прессе было объявлено о создании Совета по общему образованию. «Цель этой ассоциации, — пояснили они, — предоставить инструмент, с помощью которого капиталисты Севера, искренне желающие помочь великому делу образования Юга, могли бы действовать с уверенностью,

[87]Фосдик, «Приключение в дарении», стр. 10–11. Член SEB Уильям Х. Болдуин, президент железной дороги Лонг-Айленда, утверждал, что чернокожие «охотно займут более низкие должности и выполнят тяжёлую работу за меньшую плату», оставив белым «более квалифицированный труд» (Харлан, «Раздельный и неравный», стр. 78, 75–101).

[88]Фосдик, «Рокфеллер-младший», стр. 117–18.

[89]Меморандум в архиве семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

что их деньги будут использованы разумно»[90].

Совет по общему образованию (GEB) с его огромными ресурсами быстро стал центром руководства в кампании Юга. На своем первом заседании в 1901 году Совет по образованию Юга организовал «сообщество интересов» с фондами Пибоди и Слейтера. К 1903 году, по словам члена совета Южного Фриссела, «советы Пибоди и Слейтера теперь действуют в значительной степени через Совет по общему образованию». Фактически, более тесного управления не удалось найти, даже среди компаний Standard Oil. Несколько попечителей советов Слейтера и Пибоди были попечителями GEB. Карри был членом или агентом всех четырех фондов. Баттрик был членом совета Южного, исполнительным секретарем GEB, а с 1903 по 1910 год он был агентом Фонда Слейтера — и так далее[91].

Хотя в течение следующих нескольких десятилетий Совет по общему образованию разрабатывал другие программы, среди которых особое место занимали медицинские, его работа на Юге оставалась важной и никогда существенно не отклонялась от первоначальной цели. На протяжении многих лет Совет по общему образованию работал над тем, чтобы сделать все школы «более отзывчивыми к нашим социальным, экономическим и профессиональным потребностям». Роль чернокожего населения в обществе была очевидна. Совет считал, что «негр должен быть образован и обучен… чтобы он мог быть более трезвым, более трудолюбивым, более компетентным». Когда Совет по общему образованию наконец-то начал поддерживать полноценные колледжи для чернокожих, это произошло не потому, что изменились их общие взгляды на расовые отношения. Обучение в колледжах будет «предоставляться тщательно отобранным чернокожим», которые «возглавят расу в её стремлении к образованию и самосовершенствованию». Лидеры чернокожих «должны быть обучены, чтобы, обращаясь к ним за руководством, он мог получить как можно более эффективное руководство»[92].

GEB занимался не только образованием чернокожих. Он работал над созданием средних школ для белых и чернокожих по всему Югу. Стратегия совета заключалась в том, чтобы постоянно стремиться к

[90]Копия пресс-релиза в Архиве семьи Рокфеллеров, группа записей 2.
[91]Харлан, «Раздельные и неравные», стр. 75–101; Фрисселл цитируется на стр. 86.
[92]Fosdick, Adventure in Giving, стр. 10-11; Buttrick to Gates, 14 октября 1904 г.: конфиденциальный отчет Jerome D. Greene. Wallace Buttrick и Abraham Flexner, 22 октября 1914 г.; Raymond B. Fosdick, Wickliffe Rose и James Dillard, отчет специального комитета по программам и политике, 6 октября 1922 г., все в файлах GEB, архивы Фонда Рокфеллера. GEB оказал большое влияние на несколько других фондов, работавших в южном образовательном движении; например, см. Abraham Flexner, Abraham Flexner: An Autobiography (Нью-Йорк: Simon and Schuster, 1960), стр. 274; это переработанная версия его автобиографии, опубликованной в 1940 г. под названием I Remember.

формированию «местной ответственности за самопомощь» — того, что Гейтс называл «основой характера и самой общественной жизни», — и стимулировать и организовывать общественную поддержку школьных налогов. GEB добился того, чтобы каждый государственный университет создал должность профессора в области среднего образования. Затем, с одобрения университета, совет определял обязанности на этой должности и назначал кандидата, а взамен выплачивал ему зарплату и покрывал все расходы. Главной функцией этого профессора было не преподавание, а организация. Он посещал города своего штата — «как должностное лицо университета, наделенное его мудростью и моральным авторитетом» — и занимался развитием и направлением местной поддержки средних школ, а также сбором налогов на их содержание. За два десятилетия работы GEB потратил чуть более 3 миллионов долларов на развитие государственных школ в сельской местности и городах Юга. Они посчитали, что план оказался эффективным, «превосходящим наши самые оптимистичные ожидания», и приписали себе значительную заслугу в строительстве 2000 новых средних школ в этот период общей стоимостью 60 миллионов долларов, на которые ежегодные ассигнования в южных штатах увеличились с 1,7 миллиона долларов в 1905 году до 15 миллионов долларов в 1922 году — « все эти средства были собраны за счет местных налогов»[93].

Программа государственных школ GEB привела к демонстрационной программе фермерских хозяйств, организованной для совета директоров Симаном Кнаппом, а затем к первой из давней традиции программ общественного здравоохранения, проводимых фондами Рокфеллера. Основанные на той же заботе об экономическом и социальном развитии Юга, которая направляла программу государственных школ, программы общественного здравоохранения, сначала в южных штатах, а затем экспортированные по всему миру, стали важной опорой растущего доминирования американского капитала, торговли и военной мощи[94]. Гейтс, один из основателей GEB и его председатель с 1907 по 1917 год, был красноречивым оратором и, по словам Джона Д. Рокфеллера-младшего, «блестящим мечтателем и создателем» большинства этих программ.

Постоянство Совета по общему образованию было обеспечено широкой хартией Конгресса, посвятившей новый фонд «содействию развитию образования в Соединенных Штатах». Сенатор Нельсон Олдрич, тесть Джона Д. Рокфеллера-младшего и влиятельный представитель бизнеса в Вашингтоне, «взял законопроект в свои руки и

[93]Гейтс, «Автобиография», стр. 460-64: «Гейтс» – Уиклифф Роуз, 21 августа 1914 г., архивы Рокфеллеровской санитарной комиссии; Р. Б. Фосдик, В. Роуз и Дж. Диллард, отчет специального комитета по программам и политике, 6 октября 1922 г. Архивы GEB; Ежегодный отчет Совета по общему образованию, 1921-1922 гг., стр. 42-65.
[94]См. Браун, «Общественное здравоохранение в условиях империализма».

провел его в рекордно короткие сроки». Официально он был учрежден в январе 1903 года, через год после начала своей первой южной программы, однако самая влиятельная работа Совета по общему образованию была еще впереди[95].

Гейтс глубоко переживал за всё возрастающее состояние Рокфеллера. «Я жил с этим вашим огромным состоянием каждый день вот уже пятнадцать лет», — писал он своему работодателю в 1905 году. «Я думал о нём, о его приумножении и использовании, пока оно не стало частью меня самого, почти как если бы оно было моим собственным»[96].

Осознавая смертность, с которой неизбежно сталкиваются все люди, Гейтс изложил Рокфеллеру альтернативы. «Одна из них заключается в том, что вы и ваши дети, при жизни, окончательно и бесповоротно распорядитесь этим великим доверенным имуществом ради блага человечества. Другая — вы этого не сделаете, а передадите его будущим поколениям, чтобы они сами решили, как это доверенное имущество будет в конечном итоге использовано ради человечества».

Для Гейтса, разделявшего «евангелие» Карнеги и опасавшегося «мощных тенденций к социальной деморализации», связанных с унаследованным богатством, первая альтернатива была единственной моральной. Он предложил Рокфеллеру решить, каким основным направлениям деятельности ради «человеческого прогресса» он хочет служить и кто должен управлять средствами, а затем создать целевой фонд «для бессрочного предоставления средств под компетентным управлением с надлежащим обеспечением преемственности».

Затем Гейтс предложил создать несколько фондов для различных направлений работы — «крупный фонд для развития системы высшего образования в Соединённых Штатах, фонд для содействия медицинским исследованиям во всём мире, фонд для развития изящных искусств» и другие. «Эти фонды должны быть настолько велики, чтобы стать попечителем одного из них означало сразу же сделать человека публичной фигурой». В работе этих предприятий должны быть задействованы «лучшие таланты всего человечества».

Вслед за этим письмом Рокфеллер-младший с энтузиазмом поддержал предложение Гейтса. В течение двух недель Рокфеллер-старший пожертвовал Совету по общему образованию 10 миллионов долларов, а полтора года спустя – ещё 32 миллиона. К 1921 году пожертвования Рокфеллера в GEB составили более 129 миллионов долларов. Более крупные и многочисленные пожертвования начали поступать в Рокфеллеровский институт медицинских исследований, основанный Гейтсом из состояния своего работодателя в 1901 году, и вскоре начались обсуждения, которые, после письма Гейтса 1905 года,

[95]Гейтс, «Автобиография», стр. 460.
[96]Гейтс - Рокфеллеру, 3 июня 1905 г. Документы Гейтса, Архив Фонда Рокфеллера.

привели к созданию гораздо более крупного и обширного фонда – Фонда Рокфеллера, которому Старший пожертвовал более 182 миллионов долларов.

Не совсем ясно, что Гейтс, рекомендуя Рокфеллеру самому избавиться от своего состояния, беспокоился лишь об опасности унаследованного богатства для его владельцев. Известность, доставшаяся Рокфеллеру и другим «баронам-разбойникам» вместе с их прибылями, бросала глубокую тень на будущее богатства, и Рокфеллеры чувствовали это не меньше других. Генри Демарест Ллойд в своей книге «Богатство против Содружества», опубликованной в 1894 году, и Ида Тарбелл в журнальной серии, завершившейся в 1904 году, облили смолой и перьями трест «Стандард Ойл». Социалистическое движение завоевывало поддержку трудящихся по всей стране благодаря своей программе полной ликвидации частного капитала. И, пожалуй, самое пугающее из всего этого, добропорядочные американцы среднего класса, специалисты и бизнесмены, чьи ценности во многом напоминали ценности самих Рокфеллеров, присоединялись к призыву к прогрессивным реформам. Прогрессивное движение, твердо поддерживая капитализм, призывало к ограничению накопления и концентрации частного богатства. Рузвельт был избран в 1904 году с платформой, которая, по крайней мере, грозила разрушить монополии.

«Я дрожал», — вспоминал позже Гейтс, — «видя безрассудное народное возмущение богатством господина Рокфеллера, представлявшим для масс национальную угрозу». Гейтс мог полагать, что Рокфеллер «использовал своё богатство всегда и только в общественных интересах», что его состояние было создано экономией, а не воровством, что его обширные инвестиции в промышленность и финансы представляют собой «огромный постоянный вклад в богатство и благосостояние американского народа». Но мало кто в стране, не связанный с домом по адресу Бродвей, 26, соглашался с ним[97].

Осенью 1906 года федеральное правительство начало крупный иск о разделении Standard Oil Trust, и эта тяжба начала свой пятилетний путь по судам. После того, как Рокфеллер выделил GEB 32 миллиона долларов в 1907 году на финансирование плана Гейтса по созданию «системы высшего образования в Соединенных Штатах», многие уважаемые газеты и журналы предположили, что «цель крупного пожертвования г-на Рокфеллера — воспрепятствовать, если это возможно, преподаванию социализма, которое растёт... в ряде университетов». Также в 1907 году федеральный судья Кенесо Маунтин Лэндис наложил на компанию Indiana Standard штраф в размере 29 миллионов долларов за получение скидок на ее железнодорожные перевозки, одну из «экономик», которыми гордились Гейтс и Рокфеллер. «Ни один восточный деспот... не

[97]Гейтс, «Автобиография», стр. 440—42.

совершал таких произвольных актов конфискации, за которые нынешняя администрация несет ответственность в соответствии с формами закона», — возмущался Гейтс [98].

Штраф Лэндиса был отменён после апелляции, но призрак роспуска и, в конечном счёте, конфискации преследовал Рокфеллеров и многих из их окружения. Рокфеллеровские филантропические организации создали новые программы, а вместе с ними и новый имидж благотворителей. Программы апеллировали к их представлениям о социальных потребностях, но в их представлении потребности общества были неотличимы от их собственных. Колледжи были расширены и организованы в систему высшего образования для подготовки специалистов и менеджеров, в которых корпоративное общество так нуждалось, но GEB в течение двух десятилетий сознательно следовал директиве Гейтса об укреплении частных, а не государственных университетов, поскольку частные учреждения, контролируемые мужчинами и женщинами, такими же, как они сами, с большей вероятностью «направят общественное мнение в нужное русло»[99]. Медицинские филантропические организации, лишь внешне демонстрирующие удовлетворение очевидной социальной потребности, способствовали развитию системы здравоохранения, особенно отвечающей потребностям корпоративного капитализма, как мы увидим в последующих главах.

## СОЦИАЛЬНЫЕ МЕНЕДЖЕРЫ ДЛЯ КОРПОРАТИВНОГО ОБЩЕСТВА

Очевидно, что Джон Д. Рокфеллер-старший не был ни инициатором, ни стратегом в своих филантропических проектах. В первые годы именно Гейтс, а затем Гейтс и Джон Д. Рокфеллер-младший, чьи идеи и стратегии преобразовали состояние Рокфеллера-старшего в целенаправленные программы, способствовали развитию их понимания потребностей капиталистического общества. Отчасти их понимание потребностей капиталистического общества можно объяснить их индивидуальными особенностями, сформированными их собственным жизненным опытом. Но они также представляли новый класс мужчин (и очень немногих женщин в то время), обладавших управленческими навыками, необходимыми корпоративной промышленности и финансам. В отличие от предпринимателей-индивидуалистов, построивших вокруг себя огромные промышленные и финансовые империи в конце XIX века, эти

[98]Current Literature, 42 (1909), 253-54; Гейтс - Рокфеллеру, 9 августа 1907 г., документы Гейтса

[99]Гейтс. «Некоторые размышления по вопросам политики», меморандум совету директоров от 23 января 1906 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера.

новые управленцы были более внимательны к бесперебойной работе своих предприятий.

В промышленности роль менеджмента заключалась в рационализации производства, разделении производственного процесса на «эффективные» единицы и одновременной координации их работы для создания единой организации, связанной аналогичным образом с разрозненными источниками инвестиционного капитала и сырья на одном конце производственной линии и с системой распределения и маркетинга на другом. Аналогичные управленческие функции также развивались в государственных учреждениях и департаментах, затем в колледжах и новых университетах. Последней крупной областью, куда было направлено квалифицированное управление, стали социальные услуги — благотворительность и программы социального обеспечения, филантропические фонды и медицина.

Фонды были ключевыми инструментами в ранних попытках рационализировать социальные службы, здравоохранение и медицинскую помощь под контролем специально обученных менеджеров в этих областях, а сами фонды стали территорией этого же класса управленцев. Не имело значения, владел ли человек значительной долей корпоративного богатства страны или просто управлял заводами и учреждениями, принадлежащими богатым. Действия каждой группы были по-сути одинаковыми, а их ценности весьма схожими. И те, и другие принимали существующую экономическую, социальную и политическую систему как данность и стремились к её бесперебойной работе.

Некоторые из этих системных менеджеров использовали благотворительность, чтобы попытаться сделать капиталистическое общество, идеальной моделью которого является чисто конкурентный рынок, менее «жёстким и бессердечным», как выразился один из недавних сторонников этой точки зрения. Он считает, что благотворительность должна «обеспечить хотя бы некоторое смягчение углов и ослабление жёсткого правила личной выгоды»[100].

Другие, такие как Гейтс и Джон Д. Рокфеллер-младший, видели более стратегическую роль филантропии — в преобразовании социальных институтов. Они работали над тем, чтобы превратить колледжи и университеты страны в систему, которая могла бы более эффективно готовить технически подготовленных и должным образом социализированных специалистов и управленцев для этой системы. Они разработали новые роли для специалистов, таких как менеджеры, и способствовали рационализации институтов, в которых эти специалисты работали.

[100]Уильям С. Викери, «Взгляд одного экономиста на филантропию», в книге под ред. Ф. Г. Дикерсона «Филантропия и государственная политика» (Нью-Йорк: Национальное бюро экономических исследований, 1962 г.), стр. 31.

Такие люди, как Рокфеллер-старший и Эндрю Карнеги, мало знали об этой работе. Они понимали её значимость для промышленности, где первыми в нефтяной и сталелитейной промышленности соответственно создали вертикально интегрированные корпорации, владея или контролируя весь процесс – от нефтяных скважин и железорудных рудников до транспортировки, переработки и производства, распределения и маркетинга. Но управление корпорацией отличается от управления корпоративным обществом, и, хотя они понимали необходимость усиления контроля над социальными институтами, они не знали, как это сделать.

Карнеги, эгоистичный и индивидуалистичный, считал, что понимает. До тех пор, пока Эндрю Карнеги не начал раздавать библиотеки в 1880-х годах, мир не видел такого огромного состояния, вложенного в частную благотворительность. Это замечательное новаторство в масштабах филантропического богатства – обусловленное, конечно же, его ненасытными амбициями в промышленности, а не каким-либо стратегическим гением в филантропии – дало ему настолько огромную социальную власть, что она оказалась поистине ошеломляющей. Вооруженный примитивной социальной философией, он поставил перед собой задачу цивилизовать низшие классы и установить модель ответственности для высших эшелонов общества. Общество, которое он надеялся сохранить, было основано на явном неравенстве в имуществе. И он пытался сохранить индивидуализм, который он и другие социальные дарвинисты почитали, с помощью в основном индивидуалистического подхода к социальным преобразованиям. Его программы представляли его собственные персонализированные взгляды, разделяемые в той или иной степени современными капиталистами. Однако видение Карнеги было ограниченным, и его программы часто переходили грань абсурда. Когда Карнеги ушёл из сталелитейного бизнеса в 1901 году, его филантропические планы были расплывчатыми и разрозненными. По словам его биографа Джозефа Ф. Уолла, «для человека, который так много писал и так красноречиво проповедовал об обязанностях богатого человека, довольно удивительно, что он подошёл к этой задаче, будучи вооружённым скорее банальностями, чем какой-либо конкретной программой действий»[101].

После нескольких лет огромных трат без реального плана Карнеги основал свои фонды, и его наёмные менеджеры начали добиваться того, чего он не достиг. В 1905 году Карнеги начал переходить от своего индивидуалистического метода распределения денег к более рационализированной, систематической модели. Потрясённый жалкими доходами профессоров колледжа — обычно не более 400 долларов в год

[101]Уолл, «Карнеги», стр. 828

— Карнеги уже давно собирался что-то с этим сделать. Но именно Генри С. Притчетт, президент Массачусетского технологического института, побудил его к действию. Во время визита к Карнеги в его старинный замок в Шотландском нагорье летом 1904 года, Притчетт сетовал на трудности, с которыми тот столкнулся в привлечении молодых учёных и инженеров для преподавания в МТИ. Академические зарплаты не могли сравниться с теми, что предлагались в частном секторе, и лишь немногие колледжи имели пенсионные системы, которые могли бы обеспечить минимальную финансовую безопасность профессоров. Следующей зимой обсуждения продолжились, и в апреле 1905 года Карнеги объявил о создании пенсионного фонда для преподавателей колледжей с первоначальным взносом в размере 10 миллионов долларов в облигациях US Steel. Был избран совет попечителей, состоящий в основном из ректоров самых элитных университетов и колледжей страны. Притчетт был назначен президентом нового Фонда Карнеги по развитию преподавания[102].

Под руководством Притчетта новый фонд поставил перед собой задачу перестроить американское высшее образование. Бесплатные пенсии стали своего рода «пряником на конце палки», которому колледжи должны были следовать по пути реформ. Чтобы претендовать на участие в пенсионной программе, колледж или университет должен был иметь минимальный целевой капитал в размере 200 000 долларов. Ни государственные колледжи, ни колледжи, контролируемые религиозными конфессиями, не имели права на участие. Наконец, чтобы претендовать на участие, учебное заведение должно было требовать от своих студентов прохождения установленного минимума подготовки к средней школе перед поступлением. Это последнее требование стало успешной попыткой фонда «использовать своё влияние» в пользу «разграничения средней школы и колледжа» с целью создания «системы школ, разумно связанных друг с другом, а также с амбициями и потребностями демократии». Хотя только пятьдесят два из первоначальных 421 заявителя имели право на участие в пенсионной программе, другие учебные заведения вскоре переняли систему Карнеги, чтобы получить на неё право. Конфессиональные колледжи отделились от контролирующих их церквей, чтобы воспользоваться этим планом, и правила фонда были изменены, чтобы включить в них государственные учреждения. Вскоре практически все средние школы и колледжи страны стали измерять успеваемость учащихся в «единицах Карнеги». Национальная система образования формировалась под влиянием пенсионного обеспечения Карнеги и Фонда Карнеги как неофициального

[102]Истоки и первые годы деятельности Фонда Карнеги описаны в книге Бертона Дж. Хендрика «Жизнь Эндрю Карнеги» (Гарден-Сити, Нью-Йорк: Doubleday. Doran, and Co., 1932), т. 2, с. 263–264; и в книге Уолла «Карнеги», с. 869–879.

аккредитационного органа[103].

Почти сразу после открытия офисов Фонда Карнеги Притчетт начал консультироваться с Советом по общему образованию. Единственное, о чём он сожалел, как он сказал исполнительному секретарю GEB Уоллесу Баттрику, заключалось в том, что «я не обратился к вам до того, как арендовал свой офис, ведь нам было бы очень полезно находиться рядом с вами». Притчетт восхищался Гейтсом, часто обращался к нему за советом и пытался убедить Карнеги изменить свою филантропическую деятельность. Более того, сохранившиеся записи свидетельствуют о том, что идеи Притчетта о систематизации высшего образования были заимствованы у Гейтса[104].

Лидерство, привлекшее эту аудиторию, было основано на видении Гейтсом того, как богатство может рационализировать высшее образование. Он описал деятельность GEB, которая, благодаря своему «моральному влиянию», а также своим деньгам, способствует сотрудничеству между колледжами и университетами и обеспечивает экономию «в управлении, преподавательском составе и использовании рабочей силы». Он надеялся, что такой филантропический совет, обеспеченный надлежащими средствами, будет «отбирать» и «направлять» ресурсы высшего образования, подобно тому, как компания Standard Oil преобразовала «универсальную конкурентную систему», характерную для нефтяной промышленности в 1870 году[105].

Рокфеллеру повезло найти такого человека, как Гейтс, который стал для него организатором «оптовой филантропии». Как охотно признавали Джон Д. Рокфеллер-младший и другие руководители фондов Рокфеллера, Гейтс был источником большинства стратегических идей, крупных программ и важных политических решений в первые полтора десятилетия существования фонда, причём Джон Д. Рокфеллер-младший играл всё более важную роль. В то время доминированию Гейтса не было серьёзных вызовов. Совет попечителей был высшей инстанцией, но другие сотрудники знали, что при поддержке Гейтса или Джона Д. Рокфеллера-младшего «мы в безопасности» и без проблем получим

[103]Генри С. Притчетт, Введение к книге Авраама Флекснера «Медицинское образование в Соединенных Штатах и Канаде», Бюллетень № 4 (Нью-Йорк: Фонд Карнеги по развитию преподавания, 1910), стр. VII. См. также А. Флекснер, «Генри С. Притчетт», «Биография» (Нью-Йорк: Издательство Колумбийского университета, 1943), стр. 96.

[104]Телефонный разговор, цитируемый в У. Баттрик - Гейтсу, 30 марта 1906 г.; см. также У. Баттрик — Х.С. Притчетту, 31 марта 1906 г. и 16 апреля 1906 г.; и Х.С. Притчетт - У. Баттрику, 5 апреля 1906 г. и 4 января 1909 г. и др. в файлах GEB, архивах Фонда Рокфеллера. См. также Х.С. Притчетт - У. Баттрику. 3 февраля 1911 г., 6 февраля 1911 г., 12 ноября 1915 г. и 24 ноября 1916 г.; и У. Баттрик — Х.С. Притчетту, 8 февраля 1911 г. и 1 декабря 1916 г.; и Х.С. Притчетт - Гейтсу, 12 ноября 1915 г., все в файлах Фонда Карнеги.

[105]Гейтс - Рокфеллеру, 6 июня 1905 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

одобрение совета[106].

Однако постепенно влияние Гейтса пошло на спад. Времена изменились, и гораздо более молодой Джон Д. Рокфеллер-младший стал лидером растущего образа корпоративной ответственности и заботы, однако ограничения Гейтса стали очевидны. После расстрела бастующих шахтёров с жёнами и детьми в 1914 году на горнодобывающей компании в Ладлоу, штат Колорадо, контролируемой Рокфеллерами, общественное мнение всей страны возложило на Джона Д. Рокфеллера-младшего большую ответственность за произошедшее. Но позиция, которую он выработал впоследствии и которую сформулировал консультант У. Л. Маккензи Кинг, сделала его ведущим представителем нового, более благожелательного облика трудовых отношений, завоевавшего поддержку многих руководителей корпораций. Когда Джон Д. Рокфеллер-младший, вызванный в президентскую комиссию, созданную для расследования подобных проблем, заявил, что считает совершенно правильным для «трудящихся объединяться в организованные группы для продвижения своих законных интересов», Гейтс раскритиковал его за то, что он занял «дух примирения по отношению к тем, кто обращался к нему в духе этих юнионистов». Однако именно поддержка Джоном Д. Рокфеллером-младшим профсоюзов компаний успокаивала общественное мнение и завоевывала уважение других руководителей корпораций. Гейтс не приспособился к изменившимся временам[107].

С уходом Гейтса с руководящей должности, особенно после его ухода из исполнительного комитета GEB в 1917 году, начали возникать проблемы с подотчётностью. Попечители, которые охотно следовали за Гейтсом, теперь обнаружили, что фонды остались без сопоставимого руководства. Другие должностные лица фонда никогда не демонстрировали такого же широкого и ясного взгляда на вещи, как Гейтс, и с уходом Гейтса из повседневной деятельности фонда образовался вакуум. Попечители хотели заполнить его, активизировав своё участие. Должностные лица фонда ссорились друг с другом. Фонды дрейфовали[108].

С Гейтсом таких проблем не возникло, поскольку его тщательно разработанные и убедительно представленные предложения получали

[106]У. Баттрик — Х.С. Притчетту, 29 мая 1917 г., архив Фонда Карнеги; А. Флекснер, «Дополнение к меморандуму Гедни-Фарм», 31 марта 1924 г., архив Фонда Рокфеллера. А. Флекснер, «Автобиография», стр. 127, 129.

[107]Фосдик, «Рокфеллер-младший», стр. 143-87; и Коллиер и Горовиц, «Рокфеллер», стр. 109-34.

[108]Чарльз П. Хоуленд - Рэймонду Б. Фосдику, 28 января 1927 г., файлы Фонда Рокфеллера; А. Флекснер - У. Баттрику , 3 августа 1925 г., файлы GEB; А. П. Стоукс - У. Роузу, 2 мая 1928 г.; и Эдвин Р. Эмбри - Джорджу Винсенту, 7 мая 1928 г. Файлы GEB; служебные записки Эдвина Эмбри о 1932 г., документы Эдвина Эмбри — все архивы Фонда Рокфеллера.

немедленную поддержку. Гейтс никогда не ожидал, что попечители сыграют важную роль в социальных инновациях. Когда один из попечителей предложил назначить членов GEB, чтобы они пролили новый свет на «важную проблему образования в этой стране», Гейтс нетерпеливо объяснил, что он и Рокфеллер отдали «подавляющее преимущество бизнесменам» при формировании совета, «чтобы корректировать политику этого совета в соответствии с успешным опытом». Они знали, сказал он, что «успешные бизнесмены будут вести корабль по традиционным курсам и не будут сбиты с курса никаким временным ветром или даже ураганом настроений»[109]. Попечители были призваны гарантировать, что деньги Рокфеллера будут разумно использоваться для сохранения и укрепления системы, позволяя профессиональным педагогам продвигать новаторские идеи, в то время как попечители поддерживали только те направления, которые казались желательными и последствия которых были более очевидны.

Хотя Гейтс управлял GEB, будучи председателем совета директоров, действовал твёрдо и обладал острым языком, он и Джон Д. Рокфеллер-младший хотели, чтобы другие попечители принимали активное участие в деятельности фонда. Без их участия их интерес и чувство ответственности за состояние снизятся – а этого как раз и следует избегать. «В отдалённом будущем, – сказал Джон Д. Рокфеллер сыну, – тебе непременно придётся довериться характеру и честности тех, кто придёт после тебя»[110].

Очевидно, было столь же важно поощрять местные сообщества брать на себя «ответственность за самопомощь». Причины, по которым Гейтс руководствовался этим руководящим принципом, были моральными, тактическими и стратегическими. Он верил в моральные заповеди самостоятельности и самодисциплины. Он также хотел привлечь владельцев недвижимости к активному участию в общественных институтах. Хотя они не были столь же надёжны, как люди, назначенные в фонды Рокфеллера, местные правящие классы, как и он сам, признавали, что «право зарабатывать и владеть излишками богатства знаменует собой зарю цивилизации»[111]. Гейтс, Джон Д. Рокфеллер-младший и Рокфеллер-старший понимали, что финансировать местное учреждение, не требуя взносов и участия от местных богатых мужчин и женщин, означало бы ослабить чувство ответственности этих людей за то, что происходит в учреждении. Они искренне заботились о сохранении своего общества, а его сохранение

[109]Гейтс, служебная записка самому себе, 20 ноября 1911 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

[110] Рокфеллер-младший — Рокфеллеру, 31 декабря 1906 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

[111]Гейтс, докладная записка в GEB, ноябрь 1911 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

требовало активного участия всех тех, кто был в нём заинтересован.

Участие Рокфеллера в Чикагском университете – наглядный пример реализации этого принципа. За первые два десятилетия существования университета Рокфеллер пожертвовал 35 миллионов долларов, в то время как все остальные спонсоры пожертвовали 7 миллионов долларов. С ним консультировались по вопросам назначения членов совета попечителей, и он утвердил первоначальный список до его окончательного утверждения. Однако впоследствии Рокфеллер не желал контролировать университет, вопреки многим обвинениям. «Он предпочитает переложить всю тяжесть управления на плечи соответствующих должностных лиц», – писал Гейтс президенту университета от имени своего босса в 1892 году. «Дарители могут быть уверены в том, что их пожертвования будут сохранены, станут постоянно и в значительной степени полезными после того, как их собственные голоса перестанут быть слышны, лишь в той мере, в какой они видят мудрость и мастерство в руководстве, совершенно независимом от них самих, сейчас». Доверие Рокфеллера к руководству было вполне обоснованным. Нет никаких свидетельств того, что он когда-либо пытался напрямую повлиять на администрацию университета, чтобы уволить преподавателей, выражавших радикальные взгляды. Именно президент Чикагского университета Харпер выступил с инициативой увольнения профессора Эдварда Бемиса после того, как тот выступил с речью, критикующей железные дороги, после забастовки Пульмана в 1894 году. Рокфеллер и Гейтс просто назначили «правильных» людей для управления своими филантропическими и финансовыми предприятиями – людей, движимых ценностями и соображениями, схожими с их собственными, и на которых можно было положиться в том, что они поступят так, как от них ожидалось. Во многом местные власти, которым Рокфеллер доверял, доказали правильность этого правила[112].

Последней и важной тактической причиной привлечения местного населения было многократное усиление влияния каждого гранта. Фонды Рокфеллера требовали, чтобы практически все получатели собрали сумму, равную или в четыре раза превышающую размер гранта, предоставляемого фондом. Помимо стабилизирующего влияния, попечители фонда также выбирались за «престиж и авторитет их имён». Эндрю Карнеги, президент Long Island Railroad Уильям Х. Болдуин, президент Гарвардского университета Чарльз У. Элиот, президент Университета Джонса Хопкинса Дэниел Койт Гилман, издатель Уолтер Хайнс Пейдж, банкир Джордж Фостер Пибоди и другие авторитетные персоны были назначены в GEB для «обеспечения широкого общественного одобрения и активного и мощного общественного

[112]Взаимоотношения с Чикагским университетом описаны, а письмо процитировано у Невинса, «Рокфеллер», II, 230-31,246, 263-64, 627.

сотрудничества» в отношении программ GEB. Получая общественную поддержку и требуя соответствующих взносов от других, фонд смог многократно усилить влияние грантовых программ. К 1925 году GEB выделил 60 миллионов долларов колледжам и университетам Соединённых Штатов на проведение определённых реформ, которые они считали желательными, и, в соответствии со своей политикой долевых грантов, потребовал от учебных заведений собрать дополнительно 140 миллионов долларов для поддержки этих изменений, требуемых GEB. К 1928 году Совет по общему образованию выделил около 50 миллионов долларов медицинским школам на проведение конкретных реформ[113], что в итоге привело к выделению на эти реформы ресурсов, в десять раз превышающих эту сумму[114].

Таким образом, филантропические фонды Рокфеллера под руководством опытных менеджеров разработали осознанно стратегические программы по преобразованию высшего образования и здравоохранения, а также других социальных институтов. Суть этих программ заключалась в систематизации и рационализации этих институтов, чтобы они лучше соответствовали потребностям корпоративного капитализма.

Рост промышленного капитализма принёс с собой множество новых потребностей, открывших возможности для групп, не относящихся к капиталистическому классу. Производственный процесс был перестроен с целью снижения издержек и усиления контроля руководства над производством. Учёные разработали базовые принципы, на которых основывались технологические инновации. Инженеры адаптировали научные знания к производству, разрабатывая новые методы и машины, которые снизили потребность в квалифицированных рабочих, повысили производительность и в целом предоставили руководству более полный контроль над всем производственным процессом.

В классовой структуре общества появился новый слой менеджеров и специалистов, призванный проектировать и организовывать производство, а также институты, воспроизводящие и контролирующие социальные отношения капиталистического общества. Колледжи и университеты стали учебными и исследовательскими учреждениями, производящими знания и воспроизводящими инженеров, учёных, юристов, учителей, других технических специалистов и социальных менеджеров. Менеджеры получали хорошую зарплату за свои усилия, а некоторые, как Гейтс, были включены в высшие круги класса собственников. Но, несмотря на отделение от преобладающей

[113]Эта программа подробно описана в главе 4.

[114]Гейтс - Джорджу Фостеру Пибоди, 20 марта 1912 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2; Годовой отчет Совета по общему образованию, 1924–1925 гг., стр. 5; А. Флекснер, «Автобиография», стр. 209.

собственности, менеджеры корпораций и учреждений «по-прежнему думают и действуют так, как будто фирма принадлежит им», как выразился Уильям Эпплман Уильямс[115]. Их приверженность господствующей экономической системе абсолютна.

Из более ранней меркантилистской филантропии выросла новая корпоративная филантропия, призванная не улучшать участь жертв индустриального капитализма, а формировать и направлять социальные институты. Фонды были и остаются важными оплотами, через которые частное богатство, действуя через креативных и лояльных менеджеров, влияет и часто контролирует университеты, медицинские школы и другие «государственные» учреждения. Фонды Рокфеллера задавали направления и стратегии, которым следовали другие фонды. Гейтс возглавлял филантропию Рокфеллера с его «воображением, смелостью и интуитивным чувством образовательной стратегии»[116]. Притчетт, следуя лидерству Гейтса, сделал фонд Карнеги двигателем социальных преобразований. Во многих отношениях Гейтс, Притчетт и другие менеджеры понимали механизмы и потребности капитализма лучше, чем мнимые владельцы системы.

Однако широкие социальные преобразования требуют участия не только правящего класса. В то время как рабочий класс сильно пострадал от капиталистической реорганизации производства, некоторые группы примкнули к восходящему корпоративному классу и извлекли из этого значительную выгоду. Новые профессии, такие как инженерия и социальная работа, и старые, такие как юриспруденция и медицина, приобрели высокий профессиональный статус в обмен на возможность стать менеджерами производства или социальных отношений нового порядка. Почти фантастическое превращение медицины из позорного звания в олимпийскую вершину статуса служит примером мощных последствий адаптации группы интересов к потребностям господствующего класса.

[115]Williams, Contours, стр. 352–353. Пример прибыльного использования менеджеров можно найти в карьере Карнеги. В 1873 году Карнеги нанял капитана Уильяма Джонса для управления своим сталелитейным заводом, и во многом именно Джонс удерживал издержки компании ниже, а прибыль выше, чем у конкурентов. Джонс внедрял технические новшества, которые он лично разработал , и поддерживал относительно стабильные отношения со своими рабочими, несмотря на невыносимо эксплуататорские заработные платы и условия труда, которые он и компания навязывали им. Он заставлял своих подчиненных работать по двенадцать часов в день, семь дней в неделю на заводах, где температура часто превышала 100°, но он также понимал необходимость установления некоего минимального уровня заработной платы, ниже которого заработная плата не будет опускаться, чтобы удержать своих рабочих — позиция, которую Карнеги было трудно принять. О роли Джонса см. Wall, Carnegie, стр. 314–316. 328–29, 344–45.

[116]А. Флекснер, «Автобиография», стр. 109.

# ГЛАВА 2
# Научная медицина I: Идеология профессионального роста

На протяжении всего XIX века попытки медицинской профессии завоевать общественное доверие и повысить свой профессиональный доход и статус практически постоянно терпели неудачу. Несмотря на многочисленные попытки изменить конкурентную рыночную экономику медицинских услуг, доминирующая часть профессии продолжала страдать от конкуренции как внутри своих рядов, так и со стороны тех, кто не придерживался ортодоксальных взглядов.

В этой главе мы рассмотрим, как развитие науки во второй половине века обеспечило решение, которое реформаторы медицины ранее тщетно искали. Врачи и биологи сознательно применяли методы и принципы научного исследования к проблемам болезней, хотя даже в 1860-х годах их работа не пользовалась особой поддержкой и играла весьма незначительную роль в медицинской профессии. Однако примерно в середине века ведущие реформаторы из числа элитных врачей приняли «научную медицину» как идеологию профессиональной реформы и подъёма. Медицинская наука постепенно предоставила врачам-практикам несколько более эффективную медицинскую практику, позволив им повысить свой авторитет в глазах общественности и снизить экономическую конкуренцию внутри профессии. «Научная медицина» была принята в качестве объединяющей теории, позволившей доминирующей профессии создать сильную политическую организацию и заручиться политической и финансовой поддержкой состоятельных людей. Возможно, самым важным было то, что связь медицины с наукой получила поддержку со стороны новых технических, профессиональных и управленческих групп, связанных с ростом корпоративного капитализма.

## АМЕРИКАНСКАЯ МЕДИЦИНА В 1800-Х ГОДАХ

В 1800 году почти все американские врачи проходили обучение в качестве учеников у практикующего врача, помогая ему с простыми приемами и смешиванием лекарств. В восемнадцатом веке медицинские лекции не были широко доступны в этой стране, поэтому молодые люди из высшего сословия отправлялись за границу для получения медицинского образования, особенно в Шотландию. Горстка врачей, получивших образование в Эдинбурге, в Америке создала очень успешную практику, имея в качестве клиентов самых богатых городских жителей и, кроме того, прибыльные консультативные практики. К 1800 году только около сотни американских врачей посещали медицинские курсы в Эдинбурге, и только три американские медицинские программы

— в Пенсильвании, Гарварде и Дартмуте — предлагали лекции в дополнение к ученичеству. Выпускники этих учреждений составляли медицинскую элиту, и вместе с рядовыми медиками, получившими образование у учеников, они образовали самопровозглашенную «регулярную» профессию[117].

Но большинство американцев, вероятно, не получали медицинскую помощь от «обычных» врачей. В то время как большая часть населения жила в сельской местности или небольших городах, большинство врачей, получивших медицинское образование, и немногие выпускники медицинских вузов жили в крупных городах. В Вирджинии к 1800 году одиннадцать крупнейших городов составляли всего 3% населения штата, однако 25% всех врачей, практиковавших в Вирджинии в XVIII веке, проживали именно в этих одиннадцати городах[118].

Большинство американцев, когда болели, обращались к травникам. Эти практикующие целители не имели формального образования, а в основном учились у других травников. Некоторые из травников были акушерками, а другие – мужчинами и женщинами, экспериментировавшими с травами и известными своими способностями исцелять больных. Лекари-миряне были разбросаны по всей сельской местности. Они редко полагались на целительство как на источник дохода и брали небольшую плату за свои услуги[119]. Врачи-практики всё чаще занимались своим ремеслом на постоянной основе и взимали значительно более высокие гонорары, часто поддерживаемые медицинскими обществами, которые публиковали «счета гонораров», чтобы установить минимальный уровень цен по сравнению с конкурирующими врачами.

Неравномерное распределение штатных врачей и их высокие гонорары были лишь двумя причинами широкой непопулярности этой профессии в первой половине XIX века. В тесной связи с социальной, экономической и географической оторванностью от населения, клиническая практика ортодоксальных врачей вызывала у значительной части населения сильный страх. Медицина не только не давала надежды на излечение болезней, но и героические[120] методы, применявшиеся

[117]Джозеф Э. Кетт , «Формирование американской медицинской профессии — роль институтов», 1780-1860 (Нью-Хейвен: Издательство Йельского университета, 1968), стр. 9-10.

[118]Уильям Г. Ротштейн, «Американские врачи в девятнадцатом веке» (Балтимор: Издательство Университета Джонса Хопкинса. 1972), стр. 35-36.

[119]Врач из Мэриленда по имени Александр Гамильтон жаловался на результаты своих исследований, которые он обнаружил во время своих путешествий по колониям в 1744 году. «Многие из них заботятся о семье за голландский доллар в год, что делает врачебную практику жалким занятием, недостойным джентльмена». Цитируется в книге Ротштейна «Американские врачи», стр. 35.

[120] Героическая медицина, также известная как теория героического истощения, представляла собой терапевтический метод, предполагавший интенсивное лечение

штатными врачами, были неприятны и часто смертельны. Ланцет был незаменимым инструментом врача практически при любом недуге. Бенджамин Раш, самый выдающийся врач Америки от Войны за независимость до времен Джефферсона, настаивал на кровопускании при жёлтой лихорадке «не только в случаях полного и быстрого пульса, но и при медленном и напряжённом»[121]. Когда кровопускание не было рекомендовано, и даже когда оно было рекомендовано, назначали каломель (хлорид ртути), халап[122] или другое слабительное. Сильная рвота и понос, которые возникали в результате, вызывали ещё большее отвращение, чем даже гнойные волдыри, которые вызывались в качестве ещё одной формы терапии. После воздействия на организм и болезнь с помощью кровотечения, образования волдырей и слабительного средства врач назначил тоник на основе мышьяка, чтобы восстановить силы ослабленного пациента.

На фоне этого неприятного и зачастую пагубного лечения со стороны обычных врачей, мягкие методы лечения травников-эмпириков были приятнее и, по крайней мере, не мешали естественному выздоровлению. Их лёгкие рвотные и возбуждающие средства казались ближе к природе, чем обильные кровопускания и резкие слабительные, применяемые обычными врачами[123].

Все еще испытывая конкуренцию со стороны эмпирически обоснованных травников, обычные врачи прибегали ко все большим дозам своих терапий в течение первой половины девятнадцатого века. Веря, что любое желаемое изменение основных симптомов пациента будет к лучшему, и стремясь отличить свое искусство от мирской практики, обычные врачи более обильно пускали кровь своим пациентам и удваивали и даже утраивали дозы каломели и халапа. Такая терапия стала предметом все более ожесточенных и широко распространенных

с помощью кровопускания, очищения и потоотделения, чтобы вернуть организм в состояние здоровья после болезни, вызванной гуморальным дисбалансом. Выйдя на передний план ортодоксальной медицинской практики в «эпоху героической медицины» (1780–1850 гг.), она утратила популярность в середине XIX века, когда было доказано, что более щадящие методы лечения более эффективны, и начала развиваться идея паллиативного лечения. Следует рассматривать данный термин как «агрессивный метод лечения» или «метод лечения с повышенной опасностью для больного». (прим. переводчика).

[121]Л. Х. Баттерфилд, ред., Письма Бенджамина Раша (Принстон: Princeton University Press, 1951), т. 2, 661.

[122] Халап - это катарсическое лекарство, в значительной степени устаревшее в западной медицине, состоящее из клубневидных корней ипомеи пурги, извилистого растения, растущего на восточных склонах Восточной Сьерра-Мадре в Мексике на высоте от 1500-2400 м над уровнем моря, особенно в окрестностях Чиконкьяко на восточном склоне Кофре-де-Перо в штате Веракрус (прим. переводчика).

[123]О целителях-мирянах см. Барбару Эренрайх и Дейрдре Инглиш, «Ведьмы, акушерки и медсестры: история женщин-целительниц» (Олд-Уэстбери, Нью-Йорк: The Feminist Press, 1973); и Кетт, «Формирование».

нападок на профессию. Томас Джефферсон назвал их «неопытной и самонадеянной бандой медицинских новичков, выпущенных на свободу». К середине века жертвы холеры получили равные шансы быть приконченными болезнью или врачом. Страшные и бесполезные методы профессии снизили общественное доверие к обычным врачам до небывало низкого уровня[124].

Ведущие представители местной и региональной медицины испробовали множество методов для повышения общественного доверия к врачам и снижения конкуренции. В течение XIX века они добивались принятия законов о лицензировании, формировали новые медицинские секты, открывали медицинские школы и выдавали дипломы, организовывали государственные и национальные медицинские общества, требовали реформ медицинских школ и принимали этические кодексы. Всё это практически не приводило к улучшению технической эффективности, повышению доверия со стороны общественности, а также к росту их собственного статуса и благосостояния.

## ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ

Несмотря на неприязнь значительной части населения, в конце XVIII века врачи-практики убедили своих коллег в законодательных собраниях штатов принять законы о лицензировании медицинской деятельности, чтобы ограничить или запретить практику травников. Лицензирование предоставляло исключительно врачам-практикам право требовать гонорары в суде. Узаконенная экономическая привилегия не обеспечивала врачам-практикам экономической монополии, но выделяла их среди целителей-мирян и большинства других американцев.

Помимо недоверия общественности к клиническим методам обычных врачей, популисты в джексоновскую эпоху открыто заявляли о своём неприятии любых форм классовых привилегий. К 1850 году законы о лицензировании медицинской деятельности были отменены практически во всех штатах благодаря усилиям Народного движения за здоровье – свободного народного движения, объединявшего целителей-неспециалистов, травников, ремесленников, фермеров и рабочих, которые боролись за отмену правовых санкций, защищавших привилегированное положение врачей[125].

[124]Подробное описание и обсуждение регулярной медицинской практики в первой половине девятнадцатого века см. в книге Ротштейна «Американские врачи», стр. 41–62.

[125]О движении за народное здоровье и некоторых его составных группах см. статью Ричарда Х. Шрайока «Сильвестр Грэм и движение за народное здоровье, 1830–1870» в книге Шрайока «Медицина в Америке. Исторические эссе» (Балтимор: Johns

## МЕДИЦИНСКИЕ СЕКТЫ И МЕДИЦИНСКИЕ ШКОЛЫ

Униженная профессия была сильно разделена. Многие врачи, критикуя героическую медицину, увлеклись более приятными новыми профессиональными течениями, такими как гомеопатия и эклектика, которые набирали популярность. Эти течения строили свою фармакологию вокруг растительных препаратов или какой-либо уникальной технологии или процедуры, добавляя элементы, которые позволяли им утверждать необходимость углубленного изучения в своей области.

Гомеопатия, сформулированная её основателем Самуэлем Ганеманом (немецким врачом), основывалась на общепринятом медицинском взгляде на то, что симптомы болезни составляют саму болезнь и, как следствие, устранение этих симптомов является излечением. Ганеман обнаружил, что некоторые лекарства вызывают у здорового человека те же симптомы (то есть вызывают «болезнь»), которые они устраняют у больного (которого «излечивают»). Например, он обнаружил, что кора хинного дерева, в то время использовавшаяся для облегчения симптомов малярии, вызывала симптомы малярии у здорового человека. На основе этих наблюдений он разработал так называемый закон подобия *similia similibus curantur* — или «подобное лечится подобным». Ганеман также утверждал, что разбавление дозы лекарства до одной десятитысячной или одной миллионной от его первоначальной концентрации увеличивает его эффективность[126].

Конкуренция между сектами и отсутствие решительной общественной поддержки какой-либо из них не позволяли ни одной из сект установить контроль посредством лицензирования. Ортодоксальная профессия и другие секты обратились к медицинскому образованию и степеням как к методу набора и сертификации новых врачей в своих рядах и возвышения профессии. Медицинские школы распространялись по всей стране, и около 400 были основаны в период с 1800 по 1900 год[127]. Местные врачи организовывали школы, чтобы дополнять свою практику лекциями, которые платили студенты-медики, и через своих выпускников увеличивать свои доходы за счет увеличения консультаций. В то время, когда врачи считали 1000-2000 долларов в год хорошим доходом, средний преподаватель медицинской школы,

Hopkins Press, 1966), стр. 111–125; и Эренрайха и Инглиша «Ведьмы» (Ehrenreich and English, Witches), стр. 22–25. О лицензировании см. книгу Шрайока «Медицинское лицензирование в Америке, 1650–1965» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1967).

[126]См. Ротштейн, «Американские врачи», стр. 152-74; и Харрис Л. Коултер, Divided Legacy, 3 тома. (Вашингтон, округ Колумбия: McGrath Publishing Co., 1973).

[127]Розмари Стивенс, «Американская медицина и общественный интерес» (Нью-Хейвен: Издательство Йельского университета, 1971), стр. 24

работающий неполный рабочий день, зарабатывал более 5000 долларов в год на студенческой плате и частной практике, в то время как более предприимчивые и популярные коллеги зарабатывали не менее 10000 долларов[128]. Как и сотни общих колледжей, основанных до Гражданской войны соперничающими протестантскими сектами и политическими группами, многие медицинские школы были основаны соперничающими медицинскими сектами для повышения своей конкурентоспособности по сравнению с другими сектами. Ортодоксальные медицинские школы контролировали, безусловно, наибольшее количество школ[129].

Распространение медицинских школ в XIX веке обеспечило преобладание дипломированных врачей-специалистов над мирскими целителями и врачами других сект. К 1860 году число врачей-специалистов в десять раз превышало число врачей других сект[130]. Недорогие и широко распределённые медицинские колледжи поощряли множество молодых мужчин и некоторых женщин попробовать себя в медицинской карьере.

Выпускники, многие из которых были выходцами из семей фермеров и рабочих, заполонили города, поселки и деревни Америки. Элитные[131] врачи-практики возмущались конкуренцией внутри господствующей секты, но самые ядовитые обвинения они приберегали для конкурирующих сект. Врач-сектант был «злейшим врагом медицинской профессии», утверждал декан медицинского факультета Тулейнского университета, поскольку он «препятствовал финансовому успеху уважаемого врача»[132].

По мере роста числа врачей, организованные врачи всё больше беспокоились. Всем врачам было ясно, что подготовка большого количества врачей приведёт к снижению, а не повышению статуса и доходов профессии в целом. Не имея общественной поддержки, необходимой для принятия эффективных законов о лицензировании врачей, и всё ещё не оправившись от унизительного провала медицинского лицензирования в начале века, реформаторы обратились к реформе медицинских вузов. Они полагали, что повышение стандартов в медицинских вузах и, следовательно, сокращение числа студентов одновременно завоюют общественное доверие к медицинской практике

[128]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 95.
[129]«Медицинское образование в Соединенных Штатах», JAMA, 19 (1922), 629-37.
[130] Кетт , «Формирование», стр. 179.
[131]Термин «элита» в довольно широком смысле относится к врачам, которые благодаря своей репутации в области клинических или исследовательских методов, доходам и/или руководящим должностям в организации добились известности в своей профессии.
[132]Доктор SE Chailld , цитируемый в работе Джеральда Э. Марковица и Дэвида К. Роснера «Врачи в кризисе: исследование использования реформы медицинского образования для установления современной профессиональной элитарности в медицине», American Quarterly, 25 (1973), 90.

и сократят выпуск врачей. Перед ними стояла проблема контроля над независимыми, частными медицинскими вузами.

## МЕДИЦИНСКИЕ ОБЩЕСТВА

Местные и государственные медицинские общества, представлявшие интересы практикующих врачей, боролись с медицинскими школами в своих регионах. В 1847 году эти общества объединились, чтобы создать Американскую медицинскую ассоциацию (AMA). На учредительном съезде ведущие врачи приняли резолюции, направленные на повышение требований к предварительному образованию перед поступлением в медицинские вузы. В то время необходимое образование имело так мало американцев, что, по словам историка Уильяма Ротштейна, введение этих стандартов «привело бы к закрытию практически всех медицинских школ в стране и к сокращению числа врачей с формальным образованием за несколько лет»[133].

С момента своего основания Американская медицинская ассоциация (AMA) враждебно относилась к интересам частных медицинских колледжей и их факультетов. Практикующие врачи стремились сократить выпуск медицинских вузов, чтобы снизить конкуренцию внутри профессии, в то время как медицинские факультеты противились любым попыткам реформ, стремясь к максимизации своих гонораров за лекции и будущие консультации. К сожалению для практикующих врачей, руководство реформ ошибочно полагало, что включение медицинских вузов в новую национальную организацию позволит медицинским обществам контролировать их. Эта стратегическая ошибка парализовала Американскую медицинскую академию как авангарда интересов практикующих врачей до 1874 года, когда право голоса медицинских колледжей в ассоциации было отменено.

## КОДЕКСЫ ЭТИКИ

Нападки Американской медицинской ассоциации (AMA) на медицинское образование и, в особенности, на другие медицинские секты подкреплялись «этическим кодексом», принятым на её первом съезде. С помощью этого кодекса AMA надеялась лишить пациентов возможности судить своих врачей или разногласия между ними, поощрять нападки на «нестандартных» врачей и «шарлатанов» и в целом снизить конкуренцию среди штатных врачей. В то же время, жалуясь на низкий уровень медицинского образования, ассоциация призывала пациентов доверять своим врачам. «Пациент должен безотлагательно и

[133]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 120-21.

безоговорочно выполнять предписания врача», – гласил этический кодекс. Пациент «никогда не должен позволять своим собственным поверхностным суждениям об их пригодности влиять на его отношение к ним»[134].

Эти усилия по укреплению падающего экономического статуса и влияния профессии были легитимированы медицинскими обществами по морально-этическим соображениям. Со времён колониальной эпохи нарушение «этических кодексов» служило основанием для остракизма врачей-нонконформистов. Кодексы применялись не только против других сект и целителей-мирян, но и против представителей официальной профессии, консультировавшихся с гомеопатами и эклектиками, и даже против развивающихся медицинских специальностей, составлявших конкуренцию врачам общей практики. Кодекс Американской медицинской ассоциации (AMA) не смог завоевать общественную поддержку или искоренить конкуренцию, хотя нападки медицинских обществ на членов Американской медицинской ассоциации за нарушения кодексов запугали некоторых врачей и усилили внутрипрофессиональные противоречия[135].

Короче говоря, конфликты между практикующими врачами и медицинскими факультетами, врачами общей практики и узкими специалистами, а также «обычными» врачами и другими сектами поддерживали профессию в состоянии глубокого раскола на протяжении всего XIX века. Непоследовательная стратегия руководства этой профессии и слабая структура её организации, Американской медицинской ассоциации (AMA), привели к тому, что ни одна секта не смогла обеспечить себе безусловный контроль над конкурентным рынком.

Выпуск медицинских вузов продолжался без сбоев. К концу XIX века в США в среднем на одного врача приходилось 568 человек[136]. По сравнению с преобладающим соотношением в европейских странах (Германия, где один врач на 2000 человек населения, была излюбленным примером), США были «перенаселены» врачами. Доходы врачей

[134]Три этических кодекса (Детройт: Illustrated Medical Journal Co., 1888), стр. 31. В данное издание включены этические кодексы Американской медицинской ассоциации (AMA), Американского института гомеопатии и Национального эклектического медицинского общества.

[135]Дональд Э. Конольд , «История американской медицинской этики, 1847–1912» (Мэдисон: Государственное историческое общество Висконсина для исторического факультета Висконсинского университета, 1962). С. 1–24. О внутренних и внешних функциях этических кодексов в медицинской профессии см. книгу Джеффри Л. Берланта «Профессия и монополия» (Беркли: Издательство Калифорнийского университета, 1975), гл. 3.

[136]Авраам Флекснер, «Медицинское образование в Соединенных Штатах и Канаде», Бюллетень № 4 (Нью-Йорк: Фонд Карнеги по улучшению преподавания, 1910), стр. 14.

варьировались от бедных (200 долларов в год) до богатых (до 30 000 долларов в год для небольшого числа элитных врачей). Главными жалобами наиболее видных деятелей профессии к концу века были «избыток» врачей, «низкие» доходы и низкий социальный статус профессии.

Реформаторы медицины, пытавшиеся залечить эти раны, столкнулись с тремя основными проблемами. Во-первых, у врачей не было согласованной технической базы для разрешения споров между сектами. Без общественного консенсуса относительно технических критериев эффективности и обоснованности все секты конкурировали за рынок медицинских услуг. Но без достаточной общественной уверенности в обоснованности какой-либо одной секты ни одна из них не могла добиться монополии на медицинскую практику и тем самым устранить конкурентов.

Во-вторых, отсутствие технической базы для обеспечения общественной поддержки делало их всех слабыми в плане установления политического контроля над доступом к медицинской практике. Предыдущие попытки ввести лицензирование закончились унизительным для официальной профессии провалом из-за организованного сопротивления других сект и недоверия общественности.

В-третьих, по крайней мере, внутри доминирующей секты существовали различные экономические интересы, разделявшие практикующих врачей и тех, кто готовил будущих специалистов. Практикующие врачи стремились ограничить приток врачей, а преподаватели-совместители хотели сохранить учреждения, которые были прибыльным дополнением к их собственной практике.

## НЕПОЛНАЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИЯ

Не имея реальной общественной уверенности в своих технических способностях, врачи на протяжении XIX века и ранее, тем не менее, провозглашали нормы, подкреплявшие их авторитет над широкой публикой. Требование признания технической компетентности врачей (в которую они, несомненно, верили) служило средством легитимации их претензий на профессиональный авторитет. Однако признание этого авторитета считалось необходимым для контроля профессии над экономическими условиями своей работы. Провозглашая набор норм и ценностей, связанных со своей работой, врачи надеялись положить конец конкурентному рынку медицинских услуг и завоевать для себя регулируемый рынок.

Основа профессионального статуса и власти до сих пор обсуждается социологами, которые традиционно сформулировали набор существенных признаков, которые, как предполагается, отличают

профессии от общего ряда занятий. В 1928 году А. М. Карр-Саундерс, отец социологии профессий, определил профессию как занятие: (1) основанное на специализированной интеллектуальной подготовке или обучении, (2) предоставляющее квалифицированные услуги другим и (3) осуществляемое в обмен на гонорар или зарплату[137]. Тридцать лет спустя Уильям Гуд подчеркнул, что длительная специализированная подготовка в области абстрактных знаний и коллективность или ориентация на обслуживание являются «основными характеристиками» профессий[138]. Список формальных характеристик профессий был расширен другими социологами, включив в него систематизированный корпус теории, признание авторитета профессионала всеми, кто обращается к нему или к ней в качестве клиентов, защиту авторитета профессионала политическим сообществом, кодекс этики для регулирования профессиональных отношений и набор ценностей, норм и символов, которые укрепляют солидарность среди членов профессии[139].

Однако в реальном мире списки формальных характеристик оказываются совершенно бесполезными для различения профессий и других видов деятельности. Хуже того, они, как правило, затушевывают политическую и экономическую динамику, необходимую для процесса профессионализации, представляя профессиональный статус и власть как неизбежную и желательную черту современного общества. В действительности, как заметил Элиот Фрейдсон, любая профессия, претендующая на профессиональный статус, создаёт систематизированный корпус теории, претендует на исключительный авторитет своих представителей, принимает кодекс этики, пытается сплотить своих представителей вокруг формальных ценностей, норм и символов и иными способами прикрывается хорошо известными медальонами профессий для подтверждения своих заявлений. «Если нет систематизированного корпуса теории, — утверждает Фрейдсон, — он создан для того, чтобы можно было утверждать, что он есть»[140].

Приверженность служению, утверждает Гарольд Виленски, является «стержнем, вокруг которого вращается моральное требование профессионального статуса»[141]. Как и в случае со многими подобными

[137]АМ Карр-Саундерс, «Профессионализация в исторической перспективе», в НМ Vollmer и DL Mills, ред., Professionalization (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1966), стр. 3-4.
[138]Уильям Дж. Гуд, «Посягательства, шарлатанство и новые профессии: психология, медицина и социология», American Sociological Review, 25 (1960), 902-14.
[139]Эрнест Гринвуд. «Атрибуты профессии», Социальная работа, 2 (1957). 44—55.
[140]Элиот Фрейдсон , Профессия врача: исследование социологии прикладного знания (Нью-Йорк: Dodd, Mead and Co., 1970), стр. 80.
[141]Гарольд Л. Виленски, «Профессионализация каждого?» Американский журнал социологии, 70 (1964), 137-58.

профессиональными нормами, нет чётких доказательств того, что ориентация на служение действительно сильна и широко распространена среди профессионалов. Анализируя социологическую литературу, в которой содержатся подобные утверждения, Фрейдсон пришёл к выводу: «Суть в том, что обсуждения профессий предполагают или утверждают по определению и без подкрепления эмпирическими данными, что „ориентация на служение“ особенно распространена среди профессионалов»[142].

Действительно, многие учёные-социологи были введены в заблуждение собственными (обычно эгоистичными) убеждениями в «науке» и «экспертизе», путая профессиональные нормы с реальностью профессиональной практики и мотивации. Некоторые социологи воспринимали кодексы этики как подлинные усилия профессии, гарантирующие компетентность и честь. Карр-Саундерс считал, что «если бы основы кодексов были лучше поняты, они не вызывали бы враждебности»[143].

В последнее время некоторые социологи стали более критически относиться к профессиональным нормам. Например, Эверетт Хьюз утверждает, что широкое признание норм, таких как «профессионал должен иметь практически полный контроль над тем, что он делает для клиента» и «только профессионал может сказать, когда его коллега совершает ошибку», использовалось профессионалами для сокрытия ошибок[144].

В значительной части социологической литературы при рассмотрении процесса профессионализации игнорируется важность политической власти для приобретения и поддержания профессионального статуса. Как показывает история медицинской профессии в XIX веке, без достаточной политической власти профессия оставалась неспособной контролировать свои экономические и трудовые условия. Первоначальные попытки лицензирования были сорваны популярным движением мирян-целителей и других популистов джексонианской эпохи. Попытки использовать медицинское образование в качестве стратегии реформ были сорваны из-за отсутствия контроля организованной профессии над медицинскими вузами. Ведущие реформаторы создали национальную профессиональную ассоциацию, но преподаватели медицинских вузов оказались вне досягаемости Американской медицинской ассоциации. Этические кодексы, формулирующие господствующие профессиональные нормы, не смогли завоевать общественную

[142] Фрейдсон , Профессия, стр. 81.

[143] Карр-Саундерс, «Профессионализация», стр. 6.

[144]Эверетт К. Хьюз, «Профессии», в книге Кеннета С. Линна «Профессии в Америке» (Бостон: Houghton Mifflin Co., для Американской академии искусств и наук, 1965), стр. 2, 3, 9.

поддержку профессии и не смогли преодолеть внутрипрофессиональную конкуренцию. Реформаторы медицины стремились к власти, обеспечивающей применение инструментов профессионализма, которые гарантируют высокие доходы, социальный статус и постоянное процветание профессии.

Фрейдсон непреклонен в этой интерпретации профессионализации. «Не обучение как таковое, а лишь вопрос автономии и контроля над обучением, предоставляемого профессии элитой или общественностью, убеждённой в её важности, по-видимому, способен чётко различать профессии», — утверждает он. «И процесс, определяющий результат, по сути, носит скорее политический и социальный, чем технический характер — процесс, в котором власть и убедительная риторика важнее объективного характера знаний, обучения и работы». Характер обучения, а также идеал служения, этический кодекс и свод абстрактной теории составляют «идеологию профессии, целенаправленную риторику в политическом процессе лоббирования, связей с общественностью и других форм убеждения для достижения желаемой цели — полного контроля над её работой»[145].

С этой точки зрения, историю медицины можно рассматривать как политический процесс, в котором конкретные реформы, сколь бы значительно они ни повышали техническую эффективность врачей, также являются инструментами убеждения и символами легитимности. Целью лидеров реформ было добиться коллективного контроля над условиями труда и экономикой профессии, чтобы установить иерархию полномочий и власти среди врачебных профессий, обеспечить врачам прочное положение на вершине иерархии и обеспечить им максимально высокие доходы в любой исторический период.

Поддержка таких интересов должна была исходить извне. Хотя предпринимались попытки завоевать доверие «общественности», лидеры профессии не рассматривали свою борьбу как кампанию, ведущуюся снизу. Стремясь к социально-экономическому превосходству над большинством населения, они могли в лучшем случае надеяться на согласие народа. Активная поддержка должна была исходить от и без того более высоких социальных слоёв. В XVIII веке практикующие специалисты обращались за защитой своих интересов к джентльменам-фермерам и богатым торговцам в законодательных собраниях штатов. В XIX веке политическое восстание снизу продемонстрировало недостаточность одних лишь законодательных санкций. Более того, политическая власть всё больше сосредоточивалась в руках нового класса в обществе — капиталистов, контролировавших крупные производственные и торговые предприятия. Именно эти люди, к добру или к худу, меняли облик страны. Вокруг их предприятий росли великие

[145] Фрейдсон , «Профессия», стр. 79, 80 (выделено мной).

города. На их фабриках производились сталь и машины, позволявшие тем же людям объединить страну в коммерческом плане, используя железные дороги, товары и даже армии. Их корпорации обеспечивали спрос на иностранные ресурсы и товары для иностранных рынков, что быстро превращало Америку в мировую державу. Это был восходящий класс в Америке конца XIX века. Те группы общества, которые были связаны с их предприятиями или их интересами, могли расти вместе с ними.

Всё большему числу врачей становилось ясно, что полная профессионализация медицины возможна только при разработке идеологии и практики, соответствующих идеям и интересам социально и политически доминирующих групп общества. Желательно, чтобы все общество признавало их техническую эффективность, но крайне важно было, чтобы классы и группы, связанные с восходящим социальным порядком, верили в их эффективность. Развитие и растущее доминирование научной медицины в профессии обеспечило практически идеальную материальную и идеологическую основу для союза медицинской профессии с другими специалистами (в основном инженерами и юристами), корпоративными менеджерами и всеми слоями капиталистического класса. Медицинская профессия нашла идеологию, которая была совместима с мировоззрением капиталистического класса и формирующегося управленческого и профессионального слоя, а также политически и экономически выгодна для них.

## МЕДИЦИНА КАК НАУКА

Медицинские исследования процветали в Германии и Франции в XIX веке, и даже в Соединённых Штатах биологи и врачи внесли свой вклад. В 1818 году нью-йоркский врач Валентин Мотт был одним из первых, кто попытался провести серьёзную операцию на артериях, расположенных вблизи сердца. Другие американцы также пробовали новые хирургические процедуры, а некоторые врачи внесли новый вклад в развитие внутренней медицины. Нью-Йоркская медицинская академия, основанная в 1847 году, и Патологическое общество в Филадельфии способствовали обсуждению медицинских исследований и науки[146].

Немногие открытия и достижения в области медицинских исследований напрямую способствовали улучшению медицинской практики. Сомнительно, что многие пациенты выживали после новых хирургических методов при отсутствии асептики. Хотя дифференциация заболеваний повысила точность наблюдения, обычные агрессивные

[146]Генри Э. Сигерист , «Американская медицина» (Нью-Йорк: WW Norton and Co., 1934), стр. 267-73.

методы лечения с такой же вероятностью могли привести к гибели пациента, как и раньше.

Начиная с середины века, медицинские исследования в Европе стали давать более прикладные результаты. В 1858 году Рудольф Вирхов представил общую концепцию болезни, основанную на клеточной структуре организма. Опираясь на открытия в области клеточной физиологии, анатомии и патологии, Пастер, Кох и другие исследователи-медики разработали новые концепции и методы применения бактериологии[147]. В последней четверти века специализированные немецкие лаборатории начали вытеснять ботаников, биологов и врачей широкого профиля. Их открытия придали медицинской науке более редукционистский и технически более эффективный характер.

Изменения в американской медицинской практике отражали постепенное принятие новейших достижений в Европе. Начиная с 1870-х годов американские врачи стекались в знаменитые лаборатории немецких и австрийских университетов на год или более обучения – если они были амбициозны и могли позволить себе расходы на поездки и проживание за границей без дохода. С 1870 года до начала Первой мировой войны в 1914 году около 15 000 американских врачей изучали медицину только в Германии[148].

В то время как большинство американских врачей, обучавшихся в Европе, возвращались в США, чтобы открыть прибыльную частную практику, некоторые из них сосредоточили свои усилия на развитии лабораторной медицины в Соединённых Штатах. Институт физиологии Карла Людвига в Лейпциге выпустил несколько светил американской детской медицины. Генри Пикеринг Боудич, один из учеников Людвига, основал в 1871 году первую в стране кафедру экспериментальной физиологии в Гарвардском университете. Уильям Генри Уэлч, ещё один ученик Людвига, основал в 1878 году первую в Америке патологоанатомическую лабораторию в медицинской школе больницы Бельвью[149].

Пятнадцать лет спустя американская медицинская наука достигла зрелости с открытием медицинской школы Джонса Хопкинса, созданной по образцу немецких университетских медицинских школ с упором на исследования в области фундаментальных медицинских наук. В Хопкинсе, впервые в Соединённых Штатах, преподаватели лабораторных наук должны были быть штатными преподавателями и исследователями, получающими достаточную зарплату и не обременёнными отвлекающими факторами частной практики. Практически весь преподавательский состав Хопкинса обучался в

[147]Джордж У. Корнер, «История Института Рокфеллера» — 1901-1953 (Нью-Йорк: Rockefeller Institute Press, 1964), стр. 7-8.
[148]Стивенс, «Американская медицина», стр. 40.
[149] Сигерист , «Американская медицина», стр. 273-74.

Германии. Хопкинс, а затем Гарвард, Йель и Пенсильвания стали местными производителями научных медицинских кадров. По мере того, как научная медицина получала всё большее признание, медицинские вузы по всей стране конкурировали за выпускников Хопкинса, чтобы добавить блеска своим невзрачным местным факультетам.

Медицинская практика также начала меняться с ростом признания медицинской науки. Врачи начали внедрять в свою практику те научные методы, которые были простыми и приемлемыми для пациентов и, по крайней мере, казались эффективными для облегчения страданий и облегчения симптомов заболевания[150]. Применение кровопускания и каломели начало сокращаться в 1870-х годах, хотя многие врачи продолжали использовать их в более ограниченных масштабах вплоть до конца 1920 -х годов.

Врачи, у которых были деньги на дополнительный год обучения в Европе, могли создать более престижную практику, чем обычные врачи, получившие образование в Америке. Обычно они стремились уйти от прямой конкуренции с большинством врачей, специализируясь на гинекологии, хирургии, офтальмологии или одном из других новых направлений медицины. Они быстро сформировали новую элиту в профессии, чья репутация привлекала к ним представителей среднего и богатого класса[151].

По мере того, как научная медицина расширялась и включала в себя простых практиков, вершины званий элитных врачей росли ещё выше. Они быстро обнаружили, что «научная медицина» не только кажется более эффективной, чем героические подвиги прошлого, но и гораздо более прибыльной.

В XIX веке профессиональные лидеры пытались различными способами поднять профессию на новый уровень, но ни один из них не увенчался успехом. Именно медицинская наука стала ключом к профессиональной реформе. Медицинские исследования дали новые инструменты понимания и вселили надежду на создание более эффективных методов профилактики и лечения, чем предлагала ортодоксальная медицина. Однако научная медицина использовалась профессиональными лидерами не только для повышения технической эффективности своей практики. Она также стала идеологией профессионализации, используемой для получения поддержки со стороны доминирующих групп, связанных с промышленным капитализмом, для закрепления полного доминирования медицинской профессии в здравоохранении и для повышения доходов и статуса врачей как группы.

[150]См., например, Уильям Аллен Пьюзи, «Доктор 1870-х и 1880-х годов» (Спрингфилд, 111; Чарльз К. Томас, 1932).
[151]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 209.

Несмотря на очевидные преимущества для профессии, научная медицина содержала в себе зародыш окончательного её разрушения. Оставшаяся часть этой главы и остальная часть данного исследования будут посвящены тому, как эта диалектика проявилась: преимуществам, которые профессия получила от принятия научной медицины, противоречиям, присущим этому историческому процессу, который начал подрывать позиции медицинской профессии, и новым силам и противоречиям, которые возникают сейчас.

## ОБРЕТЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ДОВЕРИЯ

Научная медицина решила две основные проблемы, с которыми столкнулась медицинская профессия в конце девятнадцатого века: отсутствие доверия общественности к эффективности своих услуг и конкуренция внутри медицинской профессии.

Вместо того чтобы внушать благоговение и доверие, профессиональная медицина вызывала страх и насмешки у общественности. Завоевать общественную поддержку и покровительство было главной задачей, поставленной профессиональными лидерами в XIX веке. Этический кодекс Американской медицинской ассоциации (AMA) стремился убедить широкую общественность в этичности и компетентности врачей и стремился заставить общественность доверять врачам-практикам. Но никакие заявления или приказы не были эффективны без убедительного личного опыта или убедительной пропаганды, способной заменить личный опыт.

Хотя гомеопатия, эклектика и остеопатия не пользовались такой же широкой поддержкой общественности, как традиционная медицина, у них была прочная база поддержки. У них были последователи, в том числе многие богатые и влиятельные люди, которые верили в их абсолютную эффективность. Широко распространено мнение, что их специалисты, по крайней мере относительно, столь же эффективны, как и большинство обычных врачей, и, безусловно, менее опасны. Они не требовали монополии на практику, что было мудрым и практичным политическим курсом, учитывая неблагополучное положение профессии и почти повсеместную зависимость от домашних средств при большинстве незначительных острых и хронических заболеваний.

Чтобы представители традиционной медицины одержали победу в конкурентной борьбе с другими медицинскими сектами, им прежде всего требовалось завоевать абсолютное и относительное доверие общественности. Научная медицина заложила основу для согласованной и успешной кампании по завоеванию этой общественной поддержки. Усилия никогда не зависели от простых американцев. Кампания за признание научной медицины была направлена на богатые и

влиятельные слои общества, а также на новый «средний» класс. Обе эти группы были обязаны своим привилегированным положением интенсивной индустриализации, начавшейся с Гражданской войны. Их особенно привлекала медицина, разделявшая их индустриальную культуру, их ценности, их мировоззрение и их идеологию. «Научный менеджмент» анализировал процесс труда в производстве на составляющие элементы и реорганизовывал их под контролем руководства и ради его прибыли[152]. В том же духе «научная медицина» анализировала тело на части, подчиняла эти части контролю учёных-врачей и тем самым поддерживала здоровье и эффективность организма.

Теория микробов в патогенезе болезней была особенно привлекательна как для представителей обычных профессий, так и для новой промышленной и корпоративной элиты. Теория микробов делала акцент на дискретных, специфических и внешних возбудителях болезней. Она поощряла идею специфической терапии для лечения конкретных патологических состояний[153]. Выгодой для врачей-практиков стало бы повышение технической эффективности и укрепление их репутации в глазах общественности. Это не было главной заботой ни влиятельных капиталистов, ни исследователей-медиков. Эти мужчины (женщин среди них почти не было) видели в научной медицине возможность предотвращения заболеваний посредством технологического вмешательства, позволяющего идентифицировать возбудителя и способы его заражения, а также воздействовать на него или использовать его для создания иммунного ответа в организме. Таким образом, болезнь рассматривалась как инженерная проблема, преодолимая при наличии достаточных талантов и ресурсов. Для исследователей-медиков теория микробов и открытия в области бактериологии подтвердили ценность их ремесла и обеспечили возросшую поддержку их работы. Для капиталистов бактериологические исследования и применение их результатов открыли возможность сократить ущерб, наносимый болезнями ресурсам общества.

Предшественники научной медицины, наряду с практикующими врачами других медицинских сект, уже значительно улучшили классификацию болезней. Европейские врачи долгое время доминировали в области медицинских открытий, хотя время от времени и американцы вносили свой вклад. В 1836 году Уильям Герхардт, врач Филадельфийской больницы, клинически дифференцировал брюшной тиф от сыпного тифа. Но практической пользы от таких классификаций было мало, когда не было терапии для лечения этого заболевания.

[152]Для наглядного анализа научного менеджмента см. книгу Гарри Брейвермана «Labour and Monopoly Capital — The Degradation of Work in the Twentieth Century» (Нью-Йорк: Monthly Review Press, 1974), стр. 70–138.

[153]Джон Поулз, «Об ограничениях современной медицины», Наука, медицина и человек, 1 (1973), 15.

Кровопускание, слабительное, образование волдырей и тонизирующие средства были стандартным набором трюков, доступных обычным врачам. Гомеопаты и эклектики, наряду с мирскими целителями, использовали широкий ассортимент трав, и многие из них заявляли о высоких показателях излечения. К 1880-м годам обычная профессия все еще имела лишь несколько лекарств, которые были широко признаны целебными: хинин мог спасти жертву малярии, ртуть могла вылечить сифилис, а дигиталис[154] часто успешно лечил сердечные заболевания[155].

В области профилактики заболеваний успехи были несколько более значительными. В XVIII веке состоятельные европейцы и американцы переняли практику вариоляции[156] – довольно опасной прививки от натуральной оспы, применявшейся на Востоке на протяжении веков. В 1798 году Эдвард Дженнер ввёл вакцинацию коровьей оспой, которая оказалась эффективной и несколько более безопасной, чем вариоляция[157].

К моменту третьей крупной эпидемии холеры в США в 1866 году представление о холере как об особом и заразном заболевании наконец-то получило практически единодушную поддержку со стороны медицинских работников, присоединившись к и без того стойкому убеждению населения в её заразности. Поддержка медицины в уборке скопившихся в американских городах нечистот получила поддержку со стороны бизнеса и помогла предотвратить распространение холеры и высокий уровень смертности, характерный для предыдущих эпидемий. Успех этих профилактических мер был приписан санитарной инженерии и привёл к увеличению поддержки программ санитарии[158].

Несмотря на скудные результаты, ведущие специалисты и новое поколение исследователей-медиков сохраняли веру в окончательный успех медицинской науки. Крупные прорывы произошли в Европе в 1880-х и 1890-х годах. В 1883 и 1884 годах Эдвин Клебс и Фридрих Лёффлер выделили возбудителя дифтерии, одного из основных убийц в XIX веке. Эмиль фон Беринг и его коллеги в начале 1890-х годов создали

[154] Наперстянка, или Дигиталис (лат. Digitális) — род травянистых растений, входящий в семейство Подорожниковые. Сердечный гликозид дигоксин, выделенный из наперстянки, долгое время оставался единственным и незаменимым препаратом для лечения хронической сердечной недостаточности; в то же время при передозировке он является опасным ядом (прим. переводчика).
[155]Марковиц и Рознер, «Врачи», 92.
[156] Вариоляция — это метод инокуляции, который впервые был использован для иммунизации людей против оспы с помощью материала, взятого у пациента или недавно переболевшего человека, в надежде, что в результате возникнет лёгкая, но защитная инфекция (прим. переводчика)
[157]Эрвин Х. Акеркнехт, «Краткая история медицины» (Нью-Йорк: Ronald Press, 1955), стр. 130-31.
[158]Чарльз Э. Розенберг, «Годы холеры — Соединенные Штаты в 1832, 1849 и 1866 годах» (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1962).

дифтерийный антитоксин, который, хотя и не оказал существенного влияния на снижение смертности от дифтерии, укрепил веру в то, что смертельные эпидемии, с которыми смиренно мирились, можно предотвратить, поняв их причины[159].

Эти и другие открытия 1880-х и 1890-х годов были признаны во всем мире. Медицинская наука получила новое уважение, политическую и финансовую поддержку. Успех действительно проложил путь к богатству. Немецкое правительство предоставило лаборатории Роберту Коху и Паулю Эрлиху. Во Франции народные пожертвования позволили создать исследовательский институт Луи Пастера. В Англии и Японии частные филантропы финансировали новые медицинские исследовательские институты.

В Соединенных Штатах частная и государственная поддержка медицинских исследований отставала от этих других стран. Ветеринарная медицина получала помощь от Министерства сельского хозяйства, чтобы остановить эпидемии, которые уничтожали инвестиции в животноводство. Правительственные чиновники и филантропы не видели особой ценности в исследованиях человеческих болезней, как отмечает Ричард Шрайок, «отчасти из-за природы медицинской науки до 1885 года, а отчасти потому, что благосостояние людей не приносило прямой финансовой выгоды, как это делали свиньи»[160]. Открытия 1880-х и 1890-х годов, однако, обещали, что по мере того, как наука выявит микробов, вызывающих великие эпидемии, дальнейшие исследования дадут не только лекарства, но и методы защиты от инфекций и предотвращения распространения эпидемий. Эти ожидания направляли жизнь медицинских исследователей, но они также быстро распространялись среди среднего класса и тех, кто владел и управлял новыми промышленными империями Америки.

Медицинская наука спасла медицинскую профессию, в частности практикующих врачей, от широко распространённого неверия в их эффективность. Эти немногочисленные, но важные открытия, в основном в бактериологии, укрепили веру в техническую эффективность профессии в целом. Реальное влияние прогресса в борьбе с инфекционными заболеваниями оказалось далеко не таким значительным, как утверждали его сторонники. Арсенал эффективных средств борьбы с болезнями не увеличился впечатляющим образом, но его ограниченные достижения всё же создали основу для убеждения

[159]Корнер, «Институт Рокфеллера», стр. 4. См. также Эдвард Х. Касс, «Инфекционные заболевания и социальные изменения», Журнал инфекционных заболеваний, 123 (1971), 110-114.

[160]Ричард Х. Шрайок, «Американские медицинские исследования: прошлое и настоящее» (Нью-Йорк: Фонд Содружества, 1947), стр. 43–44. См. также статью «Корнер. Институт Рокфеллера», стр. 8–9, о растущем общественном интересе к медицинской науке и ожиданиях от неё.

общественности в том, что научная медицина отражает интересы всех представителей профессии – как практикующих врачей, так и исследователей, – которые прошли обучение теории и методам научных медицинских исследований.

Незначительное повышение эффективности новой медицины было преувеличено пропагандой, организованной профессиональными медиками и средствами массовой информации. С 1890-х годов популярные журналы и газеты присоединились к ведущим медицинским изданиям, восхваляя достижения и предсказывая будущий успех медицинской науки. Статьи, высмеивающие «популярные медицинские заблуждения» и превозносящие «триумфы современной медицины» и «войну с болезнями», появлялись во многих популярных и профессиональных журналах. В них медицина изображалась как «точная наука», а врач – как пытливый и скептически настроенный учёный, избегающий «поспешных выводов или чрезмерной зависимости от формул»[161].

Возросший авторитет медицины сыграл важную роль в убеждении общественности в том, что врачи с научным медицинским образованием обладают опытом, за который стоит платить. Если врачи могли сделать для пациента лишь немногим больше, чем травник или патентованный препарат, не было смысла тратить деньги на дорогостоящие гонорары врачей. Научная медицина окружала современного врача ореолом терапевтической эффективности, и скромные достижения лишь поддерживали этот ореол. Более того, технический опыт, связанный с научной медициной, помогал мистифицировать роль и работу врача эффективнее, чем прежние представления об этиологии болезней, неприятных лекарствах и прозрачных кодексах «этики». Тем самым научная медицина подкрепляла претензии профессии на монополию на контроль над всеми методами лечения. Эти преимущества создавали основу для других достижений и эффективно подрывали сектантскую медицину, акушерство и другие формы конкуренции.

Стремясь разрушить позиции своих конкурентов на медицинском рынке, обычная профессия предлагала научную медицину как более эффективную, чем «медицина как искусство», «сектантская медицина» и «шарлатанство». Она была не только более эффективной, но и, как

[161]Леонард Кин Хиршберг, «Популярные медицинские заблуждения», American Magazine, 62 (1906), 655–660; Харви Кушинг, «Триумфы современной медицины», Education Review, 47 (1914), 86–95; и К.-Э.А. Уинслоу, «Война против болезней», Atlantic Monthly, 91 (январь 1903), 43–52. Газета «Нью-Йорк Таймс» (19 февраля 1911 г.) сообщила о лекции доктора Харви Уайли, тогдашнего главного химика Министерства сельского хозяйства США, а позднее первого главы Управления по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами, в которой он утверждал, что через пятьдесят лет химия практически уничтожит все формы болезней.

утверждала каждая секта до нее, единственной по-настоящему действенной медициной. Научная медицина выдвигалась как нерелигиозная медицинская теория и практика — единственная, основанная не на догмах, а на проверяемых истинах[162]. Как единственно действенная медицина, она должна была получить монополию на практику; «никто, кроме мужчин и женщин, интересующихся научной медициной», не должен иметь права вступать в любое медицинское общество округа[163]. Но сделать такое заявление не означало добиться его принятия.

Народная медицина всё ещё широко применялась в Соединённых Штатах, особенно в сельской местности, но также и в городах. В каждой семье были свои традиционные средства, которые были частью семейного предания, в которые верили и которые передавались из поколения в поколение. Как правило, в новой семье молодой женщины преобладали семейные средства, используемые её семьёй[164]. Некоторые из них, несомненно, действовали как плацебо, но многие, безусловно, эффективно облегчали и даже излечивали болезнь. Такие традиции были серьёзным препятствием для принятия научной медицины.

Большинство врачей также были весьма прагматичны, развивая арсенал навыков и применяя новые техники, которые казались эффективными и легко принимаемыми пациентами. Эти сельские и городские врачи не были особенно впечатлены медицинской наукой. Они видели в ней инструмент, позволяющий им эффективнее лечить, когда её утверждения работали, а её методы не требовали совершенно нового метода практики.

Роберт Пьюзи, сельский врач из Кентукки, практиковавший в 1870-х и 1880-х годах, использовал клинический термометр, различные воронки и шприц. Иногда он использовал стетоскоп, хотя предпочитал прикладывать ухо к груди пациента. С помощью этого простого метода он мог слышать и различать большинство состояний так же хорошо, как его сын, получивший научное образование, мог делать это с помощью стетоскопа. Он использовал суждения, основанные на практике, читал о случаях в более конкретных и кратких медицинских текстах и не доверял журнальным статьям. Старший доктор Пьюзи смутно принимал бактериологию, особенно как объяснение инфекций, вызывающих гной, но не в целом для инфекционных заболеваний. Иногда он использовал каломель, делал и продавал свои собственные лекарства, не использовал патентованные лекарства и часто назначал стрихнин и мышьяк в

[162]См., например, Чарльз А. Л. Рид, «Обращение президента», JAMA, 36 (1901), 1599-1606

[163]Уильям Х. Уэлч, «Медицинский прогресс», American Magazine, 6 (1903), 675; цитируется в книге Марковица и Рознера «Врачи», 92.

[164]Элизабет Бисленд , «Тирания противозачаточных таблеток», North American Review, 190 (1909), 819-25.

качестве тонизирующих средств. Он практиковал хирургию, в которой использовал хлороформ в качестве анестетика и асептики, когда ему стали доступны соответствующие знания и методы[165].

Пропаганда научной медицины, несомненно, была эффективной, но это заняло время. Джон Шоу Биллингс, ведущий реформатор медицины конца XIX века, заметил, что врачи, в чью практику не вмешивались шарлатаны, были равнодушны к реформам, в то время как те, кому требовалась более широкая практика, были более возмущены такими конкурентами. Биллингс признавал, что многие шарлатаны излечивали там, где наука терпела неудачу. Но вместо того, чтобы дать ему возможность остановиться и отвергнуть любые, кроме научных, медицинские методы, Биллингс видел в этом тактическую проблему – убедить американскую общественность в том, что в её интересах подавить шарлатанство. Замечательные достижения медицинской науки были представлены общественности, но, предостерегал Биллингс, «необходимо действовать медленно и позволить таким доказательствам накапливаться»[166].

Реформаторы считали, что научная медицина повысит техническую эффективность медицинской профессии, и продвигали её как единственный действенный метод лечения. С помощью пропаганды они надеялись подорвать общественное сопротивление её применению, повысить спрос на неё и тем самым заставить практикующих врачей перейти к новой «несектантской» медицине.

## СНИЖЕНИЕ КОНКУРЕНЦИИ

Завоевав общественное и профессиональное доверие, научная медицина также решила вторую и принципиально более серьезную проблему, с которой столкнулась профессия в девятнадцатом веке: конкуренцию.

Измученная конкуренцией между многочисленными медицинскими сектами, между практикующими врачами и преподавателями медицинских вузов, а также внутри «переполненных» рядов самих практикующих врачей, профессия была спасена от своей внутренней конкурентной борьбы триумфом научной медицины. Во-первых, технические требования к преподаванию научной медицины предоставили несколько преимуществ элите профессии. Во-вторых, научная медицина создала новое единство в интересах элитных практикующих врачей и преподавателей медицинских вузов. В-третьих, по мере того, как она приобретала все более широкую легитимность,

[165]Пьюзи, «Доктор».
[166]Филдинг Х. Гаррисон, «Джон Шоу Биллингс, Мемуары» (Нью-Йорк: Сыновья Г. П. Патнэма, 1915), стр. 256-57.

научная медицина подорвала основные медицинские секты. Тем самым она навязала единство этим сектам в их подчинении доминирующим силам в профессии. И, наконец, медицинская наука сделала возможной специализацию, которая была в значительной степени ответом на конкуренцию внутри медицины. Общим влиянием научной медицины внутри профессии стало узаконивание контроля со стороны элитных практикующих врачей и преподавателей медицинских вузов.

## ТЕХНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

## НОВЫЕ АКАДЕМИКИ

Чтобы врач стал носителем широкого спектра навыков в контексте таинственного знания, требовалась обширная подготовка. Реформаторы медицины XIX века представляли врача как учёного, работающего у постели больного. Практикующие врачи должны мыслить и говорить как учёные. Они должны быть обучены анатомии, физиологии, бактериологии, патологии, фармакологии и физическим наукам. Они должны рассматривать здоровье и болезнь не целостно, как общие взаимосвязи между системами организма или между человеком и окружающей средой, а в терминах микроконцепций физиологии и анатомии, бактериологии и клеточной патологии. Эти науки и их редукционистские концепции постепенно были признаны в конце XIX века основой медицинского образования.

Медицинские школы прошлого века были укомплектованы практикующими врачами, часто очень талантливыми людьми, знавшими толк в «искусстве», но менее сведущими в «науке». Всё чаще курсы лабораторной медицины изымались у местных врачей и передавались врачам со специальной подготовкой в этой области. Новые врачи-академики, предпочитавшие лабораторную науку медицинской практике, процветали благодаря возросшему спросу на преподавателей с подготовкой в этих областях. Тех, кто мог позволить себе год или два обучения в Германии или Австрии после окончания медицинского вуза, по возвращении ждала надёжная, пусть и не слишком прибыльная, академическая карьера.

В 1893 году Университет Джонса Хопкинса стал первым медицинским вузом в США, нанявшим этих лаборантов на полную ставку и выплачивавшим им зарплату, позволявшую им посвящать всё своё время и энергию исследованиям и преподаванию. Новая организация работы факультета лабораторных наук на условиях полной занятости была воспринята как большой шаг вперёд в развитии американского медицинского образования. Её быстро переняли другие элитные вузы, и

постепенно она стала нормой для среднестатистического учреждения. Хотя факультет лабораторных наук отказался от доходов от частной практики в размере 10 000 долларов в год и более в обмен на зарплату в 3 000 или 4 000 долларов, желающих было более чем достаточно[167].

Некоторые из гигантов медицинской реформы, такие как Уильям Х. Уэлч, ненавидели врачебную практику, опасались ненадёжности конкуренции со стороны частнопрактикующих врачей и жаждали возможности заниматься медицинскими исследованиями, не отвлекаясь на работу с частной клиентурой. Перед тем, как отправиться в Европу в 1876 году для совершенствования своих медицинских знаний, Уэлч поделился с сестрой своими опасениями по поводу попыток «правильными или неправильными методами создать какой-либо патронаж». Разделяя несбыточные мечты большинства выпускников медицинских вузов, Уэлч заметил: «Гораздо лучше занимать кафедру в медицинском колледже, получать зарплату… и быть желанным пациентом, а не искать его саму». Обучение за границей дало ему преимущество перед конкурентами: «Если, усвоив немного немецкого опыта, я смогу немного опередить несколько тысяч конкурентов и тем самым сократить число своих конкурентов до нескольких сотен, это будет хорошей отправной точкой»[168].

Таким образом, акцент на научной медицине создал беспрецедентные возможности трудоустройства для врачей, выступающих в роли ученых-медиков. По мере расширения должностей сформировалось ядро профессионалов, которые были более преданы, чем когда-либо, видя в медицине науку, полностью вытесняющую медицину как искусство. Эти интересы и идентификация ученых-медиков были связаны исключительно с медицинскими школами, а не с частной практикой. Будучи авангардом успешной стратегии профессии и получателями миллионов долларов капиталовложений в медицинские исследования и образование, новые академики-медики стали символом новой профессии. В 1890-х годах, впервые в Соединенных Штатах, медицинская профессия стала превозносить ученого над практиком[169]. Несмотря на свои более скромные доходы среднего класса, ученые стали новой элитой в профессии.

Преподаватели самых престижных учебных заведений завоевывали свою профессиональную репутацию благодаря исследовательскому вкладу в своих областях. Лучшая репутация

[167]Ричард Х. Шрайок, «Уникальное влияние Университета Джонса Хопкинса на американскую медицину» (Копенгаген: Ejnar Munksgaard , Ltd., 1953), с. 19.
[168]Дональд Флеминг, «Уильям Х. Уэлч и расцвет современной медицины» (Бостон: Little, Brown and Co., 1954), особенно стр. 21. Письмо Уэлча сестре цитируется в книге Саймона Флекснера и Джеймса Томаса Флекснера, «Уильям Генри Уэлч и героический век американской медицины» (Нью-Йорк: Viking Press, 1941), стр. 75-76.
[169] Конольд , Этика, стр. 33-35.

привлекала лучших студентов и самых богатых пациентов. В 1903 году Уильям Холстед, известный хирург из факультета Университета Джонса Хопкинса, получил 10 000 долларов за аппендэктомию, а его коллега Говард Келли запросил 20 000 долларов за серьезную операцию[170]. В отличие от медицинских факультетов старой школы, чьи материальные интересы подкреплялись студенческой платой и рекомендациями многочисленных бывших студентов, материальные интересы новых академиков были связаны с продвижением медицинской науки. В их интересах было повысить стандарты медицинских вузов и сделать научную медицину единственно приемлемой теорией и практикой.

Преобладающий тип медицинских школ, принадлежащих преподавателям и существовавших на студенческую плату, процветал до тех пор, пока удавалось поддерживать высокий уровень набора и низкие расходы. Однако процветание практикующих врачей было возможно только при сокращении выпуска врачей, что снижало конкуренцию внутри профессии. Этот конфликт экономических интересов разделял элитных практикующих врачей и преподавателей медицинских вузов на протяжении всего XIX века. Подъем научной медицины превратил старый конфликт в основу альянса между научными медицинскими факультетами и элитными практикующими врачами.

Таким образом, интересы новых учёных-медиков в медицинском образовании были связаны с доминированием научной медицины, а не с большим количеством студентов или даже большим количеством медицинских вузов. Они присоединились к элите практикующих врачей, став лидерами реформ в профессии. Вместе они взяли под контроль Американскую медицинскую ассоциацию (AMA) на рубеже веков и полностью реорганизовали её, превратив в инструмент политического воздействия в профессии, каким мы его знаем сегодня, и используя её и ведущие медицинские вузы для полного изменения технических, экономических и социальных условий в медицинской профессии.

Технические требования к развитию и преподаванию научной медицины обострили различие между преподавателями лабораторных наук и практикующими специалистами, открыли новые и расширяющиеся возможности трудоустройства для учёных-медиков и вывели их на элитные и влиятельные позиции в профессии. В том же Университете медицинских наук эти разработки заложили основу для альянса между этими новыми элитными преподавателями и практикующими специалистами, предоставив им достаточно полномочий для контроля над профессией и её преобразования.

## «Меньше и лучше»

[170]Там же, стр. 58.

По мере того, как вокруг научной медицины формировался профессиональный консенсус, научный медицинский факультет и ведущие практикующие специалисты согласовали «объективные» критерии оценки медицинских вузов. Потребности научного медицинского образования были довольно чётко определены. Если студенты должны готовиться как учёные-медики, их необходимо обучать биологическим и физическим наукам, а также тому, как применять принципы, полученные в этих науках, к болезням реальных людей. Опыт, а также здравый смысл, говорили в пользу лабораторных занятий по естественным наукам и опыта работы в больнице для клинического применения этих наук: изучение того, как это делать, по меньшей мере так же важно, как и изучение того, о чём речь.

Технические требования к преподаванию научной медицины предполагают достаточно чёткие критерии оценки медицинских вузов. Если принять за основу подготовку учёных, то любая достойная медицинская программа должна иметь адекватную лабораторную базу, клинические учебные помещения, хорошо подготовленных преподавателей-лаборантов и клиницистов.

Хотя критерии «адекватности» могли быть (и были) спорными, стандарты устанавливались теми, кто занимал руководящие должности. Американская медицинская ассоциация (AMA) стала инструментом политической деятельности внутри профессии и в обществе в целом. Реформаторы использовали технические требования к подготовке учёных-медиков для установления стандартов и последующей оценки медицинских вузов в соответствии с этими стандартами. За редкими исключениями, ярким примером которых является Университет Джонса Хопкинса, практически все медицинские вузы XIX века были слабы по этим стандартам.

Несомненно, научное медицинское образование было и остаётся дорогостоящим. Капитальные затраты на лабораторное и больничное оборудование превышали возможности большинства медицинских вузов XIX и начала XX века. Плата за лекции студентам не могла покрыть более высокую зарплату преподавателей, посвящавших значительную часть времени исследованиям и преподаванию, не говоря уже о всё более распространённой системе оплаты труда штатных преподавателей-лаборантов. Ни один медицинский вуз не мог существовать на плату за обучение и одновременно предоставлять своим студентам эти всё более востребованные программы по медицинским наукам.

В некоторых штатах студентам, окончившим медицинские колледжи, не имевшие таких программ, инфраструктуры и персонала, было запрещено сдавать экзамены на получение лицензии. Государственные экзамены всё больше ориентировались на информацию и перспективы, предоставляемые в школах с научной ориентацией, и выпускники плохо оснащённых школ всё чаще

проваливали свои экзамены на получение лицензии[171]. Поскольку школы содержались за счёт платы за обучение, а у студентов не было стимула посещать школу, которая не готовила их к сдаче государственных экзаменов, неадекватные школы проигрывали на конкурентном рынке за абитуриентов и их деньги. Президент Американской медицинской ассоциации Чарльз Рид заметил в 1901 году: «Под давлением юридических требований бремя ложится почти смертельным грузом на небольшие, частные и плохо оснащённые учреждения»[172]. Таким образом, технические требования научного медицинского образования привели к краху частных медицинских школ. Как позже заметил Авраам Флекснер: «Возможно, ничто так не дискредитировало коммерциализм, как тот факт, что он перестал приносить доход. От ежегодного дефицита до вывода о том, что всё это в любом случае неправильно, всего один шаг»[173].

В главе 4 мы увидим, как эти условия предоставили возможность Американской медицинской ассоциации и капиталистическим фондам преобразовать медицинское образование в Соединенных Штатах. На данный момент достаточно отметить, что без достаточного капитала и пожертвований ни одна медицинская школа не могла бы выжить в эпоху научной медицины. Школы распадались и объединялись по всей стране, начиная с 1905 года, что совпало с первым годом серьезной деятельности нового Совета по медицинскому образованию Американской медицинской ассоциации. В период с 1905 по 1910 год тридцать школ объединились, а двадцать одна закрылась вообще[174]. Количество медицинских школ сократилось с максимума в 166 в 1904 году до 133 в 1910 году, 104 в 1915 году и достигло минимума в 76 в 1929 году. В ходе реорганизации медицинских школ число студентов было сокращено во многих учреждениях с целью интенсификации учебных и исследовательских ресурсов в каждой школе. Таким образом, технические требования научного медицинского образования использовались для закрытия школ и сокращения выпуска новых врачей, что ослабляло конкуренцию внутри профессии и повышало доходы врачей.

Более того, научное медицинское образование «требовало» более высокого уровня предварительного образования. Утверждалось, что студенты должны поступать в медицинский вуз, проучившись по году в колледже по химии, физике и биологии.

Требования к строгим требованиям к предварительному образованию не были новы для эпохи научной медицины. В Англии

[171]Ротштейн, «Американские врачи,» стр. 292-94.
[172]КЭЛ Рид, «Обращение президента», JAMA, 36 (1901), 1605.
[173]А. Флекснер, «Медицинское образование», стр. 10–11. См. также Ротштейн, «Американские врачи», стр. 19.
[174]«Медицинское образование в Соединенных Штатах», JAMA, 79 (1922), 629-37.

восемнадцатого и девятнадцатого веков, где «врачи» составляли крошечную элиту по сравнению с хирургами и аптекарями, для врачей было важно, чтобы их считали джентльменами. Поскольку они практиковали только среди богатых, для их кошельков было важно иметь возможность общаться с высшим классом. По мере развития профессий гуманитарное образование стало признаком происхождения из высшего класса. «Это может и не сделать вас джентльменом, — заметил У. Дж. Ридер, — но без него вы вряд ли могли надеяться стать джентльменом»[175]. В Соединенных Штатах также высшее образование было признаком джентльмена. Для тех, кто не родился в привилегированном классе, высшее образование — если его удавалось получить — «стирало острые углы со многих сельских парней», давая им достаточно приличную внешность, чтобы пробиться в более высокий социальный класс[176].

Неудивительно, что в середине XIX века строгие требования к образованию были объявлены обязательными, ведь это гарантировало, что врачи будут джентльменами. Дэниел Дрейк, пожалуй, самый прославленный американский врач середины века, критиковал своих коллег за незнание латыни и греческого, без которых, «какими бы ни были его гениальность и профессиональные навыки», врач всё равно неизбежно «выглядел бы неполноценным и необразованным»[177]. Эту настойчивую обеспокоенность разделял и знаменитый доктор Уэлч из Университета Джонса Хопкинса, который писал в 1906 году: «Социальное положение врача и его влияние на общество в значительной степени зависят от его предварительного образования и общей культуры»[178].

Элитные врачи часто жаловались на «грубость и пошлость» большей части профессии[179]. Даже меньшинство в этой профессии, которому не хватало высшего класса, принижало статус всех врачей. Распространение недорогих частных школ позволяло молодому человеку жить дома, посещая медицинскую школу, и тем самым делало медицину лестницей, по которой некоторые фермерские мальчики, ремесленники и продавцы в магазинах могли подняться к статусу и доходу среднего класса. Элитных реформаторов возмущало не только несовершенство

[175]WJ Reader, «Люди свободных профессий — расцвет профессиональных классов в Англии девятнадцатого века» (Нью-Йорк: Basic Books, 1966), стр. 10-17.
[176]Ричард Хофштадтер, «Эпоха колледжа», в книге Р. Хофштадтера и В. П. Метцгера «Развитие академической свободы в Соединенных Штатах» (Нью-Йорк: Columbia University Press, 1955), стр. 228.
[177]Дэниел Дрейк,» Практические очерки о медицинском образовании и медицинской профессии в Соединенных Штатах» (Цинциннати: Roff and Young, 1832; перепечатано Johns Hopkins Press, 1952), стр. 11.
[178]Уильям Х. Уэлч, из статьи в журнале Science, цитируемой в книге Марковица и Рознера «Врачи», стр. 95.
[179]Инес К. Филбрик, «Медицинские колледжи и профессиональные стандарты», JAMA, 36 (1901), 1700.

обучения в коммерческих колледжах; но и то, кого они приводили в профессию. Фрэнк Биллингс в своем президентском обращении к Американской медицинской ассоциации в 1903 году презирал «эти вечерние учреждения», которые предоставляли вечерние занятия и позволяли «клерку, кондуктору трамвая, уборщику и другим, работающим днем, получить степень»[180].

До принятия научной медицины попытки увеличить срок обучения в медицинских школах и повысить требования к предварительному образованию встречали обвинения в элитаризме. «В этом движении есть аристократическая черта», – утверждал в 1846 году Мартин Пейн, преподаватель медицинского факультета Нью-Йоркского университета, – «это притеснение бедных ради упадка медицинских колледжей»[181].

Даже после начала века некоторые деятели образования предостерегали от исключения бедных из медицины. В 1988 году президент Университета Индианы У. Л. Брайан подверг критике предложенное Ассоциацией американских медицинских колледжей требование о двухлетнем обучении в колледже свободных искусств для поступления. Повышение вступительного требования «исключит из медицинских вузов тысячи мужчин, которые не являются ни невежественными, ни некомпетентными», но которые будут исключены из колледжей, потому что «бедность и другие тяжёлые условия» не позволили им поступить[182]. Целью профессии было именно это — исключить из своих рядов бедные слои населения.

Научная медицина предоставила «объективную» основу для требования длительного предварительного образования. Если студенты должны были приходить подготовленными к колледжским курсам физики, химии и биологии, то не могло быть аргументов против увеличения требований. Стандартные школы повысили свои требования от завершения средней школы до двух лет колледжа свободных искусств и, наконец, до степени бакалавра. С момента своего открытия в 1893 году медицинская школа Джонса Хопкинса лидировала, требуя степень бакалавра для поступления и четыре года обучения для своей престижной степени доктора медицины. Когда Гарвард ввел требование

[180]Фрэнк Биллингс, «Медицинское образование в Соединенных Штатах», Обращение президента, JAMA, 40 (1903), 1271-76.

[181]Цитируется в книге Джеймса Дж. Уолша «История медицинского общества штата Нью-Йорк» (Нью-Йорк: Медицинское общество, 1907 г.), стр. 173.

[182]Следует отметить, что Брайан исходил не из потребностей рабочего класса и даже не из гуманистических соображений. Будучи одним из первых сторонников доктрины «равных возможностей», его аргументация в пользу включения беднейших слоёв населения в медицинскую практику основывалась на его убеждении, что «единственная надежда этой страны на спасение от анархии, безусловно, заключается в том, чтобы сохранить двери более высоких возможностей открытыми для беднейших». Из материалов 18-го ежегодного собрания Ассоциации американских медицинских колледжей, Кливленд. 16–17 марта 1908 г., стр. 37.

бакалавриата в 1901 году, его вступительный медицинский класс упал с рекордно высокого уровня в 198 студентов в предыдущем году до шестидесяти семи[183]. Требования к предварительному образованию были на несколько шагов впереди подавляющего большинства американской молодежи и позволили профессии привлекать своих новобранцев из «лучших» классов.

Было ли это непреднамеренным результатом технических «требований» медицинского образования или же это был желаемый результат, для которого научная медицина предоставила лишь обоснование? Учитывая цели профессиональных лидеров на протяжении девятнадцатого века — сократить число врачей и повысить социальный статус профессии, — похоже, что научная медицина предоставила убедительное обоснование, которое все предыдущие поколения медицинской элиты тщетно искали. Предварительное требование отсеяло бы экономически и социально «непригодных». Некоторые реформаторы оправдывали эту избирательность стоимостью научного медицинского образования. «Невыгодно давать образование за 5000 долларов мальчику за 5 долларов», — провозгласил Джон Шоу Биллингс в 1886 году, помогая организовывать медицинское обучение в Университете Джонса Хопкинса[184]. Но большинство элитных врачей просто хотели устранить «профессиональное вырождение», как сказала доктор Инес Филбрик на рубеже веков. Филбрик, успешный врач из Линкольна, штат Небраска, призвала своих коллег: «Пусть нашим девизом будет «меньше, да лучше»[185].

В-целом, технические требования научного медицинского образования открыли новые карьерные возможности для врачей как учёных-медиков, создав совершенно новую должность штатного исследователя и преподавателя, а также новую группу элитных преподавателей медицинских вузов, сочетавших материальный интерес к медицинским вузам с приверженностью продвижения научной медицины. В то же время эти технические требования нового медицинского образования задали стандарты и стали основанием для сокращения выпуска медицинских вузов и повышения социальной иерархии всей профессии.

## «НЕСЕКТАНТСКАЯ» МЕДИЦИНА ПОДРЫВАЕТ СЕКТЫ

[183]ФК Шаттак и Дж. Л. Бремер, «Медицинская школа, 1869–1929», в книге под ред. С. Э. Морисона «Развитие Гарвардского университета, 1869–1929» (Кембридж, Массачусетс: издательство Гарвардского университета, 1930), стр. 581.
[184]Цитируется в книге Гаррисона, «Биллингс», стр. 256.
[185]Филбрик, «Медицинские колледжи», 1700—1702.

По мере того, как научная медицина получала всё более широкое признание, она подрывала другие медицинские секты. Тем самым научная медицина способствовала единству внутри профессии, позволив Американской медицинской ассоциации (AMA) подчинить секты своим собственным стандартам медицинского образования и практики. Поддавшись всё более громким заявлениям о технической эффективности научной медицины, основные секты начали включать её в свои доктрины и практику.

Гомеопатия, самый грозный конкурент обычных профессий в девятнадцатом веке, постепенно утратила свои уникальные черты. Большинство врачей-гомеопатов в Америке порвали с чистой гомеопатической теорией в середине девятнадцатого века, взяв то, что они считали верным из обычной медицины и отбросив особенно агрессивные методы лечения. Они очистили свои ряды от пуристов, основав гомеопатические медицинские колледжи, которые ранее считались ненужными и требовали обучения общим медицинским навыкам, включая хирургию[186]. Большинство американских гомеопатов середины века были обычными врачами, недовольными неэффективностью обычной медицины и ее растущей непопулярностью. В 1849 году 1000 врачей и мирян из Огайо, недовольные неспособностью ортодоксальной профессии облегчить страдания во время эпидемии холеры, организовали гомеопатическое общество в Цинциннати[187].

Прямая конкуренция, которую гомеопатия представляла для врачей-ординаторов, привела к кампаниям по их исключению из медицинских обществ и больничных привилегий. Массачусетское медицинское общество начало исключать гомеопатов в 1860 году. К 1870-м годам началась общая атака, возглавляемая Американской медицинской ассоциацией (AMA), на гомеопатию и другие «эксклюзивные системы медицины». Врачи нарушали кодекс этики AMA, если консультировались с врачами-сектантами или врачами женского или афроамериканского происхождения. В 1870-х годах ограничения в отношении врачей-женщин были отменены под давлением растущего движения за права женщин, а исключение чернокожих было смягчено, хотя местные медицинские общества и больницы открыто продолжали свою расистскую практику. Однако нападки на «нестандартных» врачей продолжались на протяжении всего столетия[188].

К концу XIX века почти все гомеопаты использовали как обычные, так и гомеопатические препараты. Ведущие гомеопаты заявили, что подавляющее большинство врачей-гомеопатов не верят в бесконечно

[186]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 230-34.
[187] Кетт , «Формирование», стр. 135-38.
[188]Уолтер Л. Беррейдж . «История Массачусетского медицинского общества, 1781–1922 гг.» (Норвуд, Массачусетс: Plimpton Press, 1923), стр. 426–427; и Конольд , «Этика», стр. 22–26.

малые дозы, отвергают универсальность закона «подобное лечится подобным» и, как правило, используют лекарства так же, как и обычные врачи. Гомеопаты также стали интересоваться клиническими специализациями. В 1899 году Американский институт гомеопатии дал новое определение гомеопату: «тот, кто дополняет свои знания в области медицины специальными знаниями в области гомеопатической терапии»[189]. Гомеопатия, как и другие направления, уступала конкурентам со стороны научной медицины.

Тем не менее, сохраняющаяся популярность гомеопатии и эклектичной медицины, а также неполное принятие научной медицины затрудняли получение эксклюзивных лицензионных привилегий для профессиональных лидеров в штатах. Благодаря конвергенции в практике и образовании гомеопатов, эклектиков и профессиональных врачей стало возможным обеспечить доминирование научной подготовки и политически необходимым на данный момент игнорировать сектантские разделения. Только благодаря совместным усилиям профессиональных и «нерегулярных» врачей можно было добиться принятия законов, ограничивающих медицинскую практику врачами с научной подготовкой. Лидеры профессии по всей стране согласились с Уильямом Ослером, самым выдающимся американским врачом своего времени, который в 1891 году посоветовал Медицинскому обществу штата Мэриленд: «Если мы хотим законодательства для защиты общественности, мы должны просить об этом вместе, а не поодиночке»[190]. И вместе они и просили.

Начиная с 1870-х годов законодательные органы штатов учредили комиссии по проверке квалификации врачей. В 1873 году в Техасе был принят первый закон о современной медицинской практике, что стало «победой», укрепившей моральный дух профессии и смягчившей горькие воспоминания об отмене лицензирования в эпоху Джексона. Совет по здравоохранению штата Иллинойс, лицензирующий орган штата, стал образцом для всей страны. Начиная с 1880 года, он начал составлять список американских и канадских медицинских школ в соответствии с критериями качества, установленными Ассоциацией американских медицинских колледжей – организацией элитных научно ориентированных учреждений[191].

Нерегулярные врачи каким-то образом участвовали в медицинском

[189]Цитируется в книге Ротштейна «Американские врачи», стр. 245 (выделено автором).

[190]Там же, стр. 307. См. также Ричард Шрайок, «Медицинское лицензирование в Америке, 1650-1965» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1967), стр. 51-52.

[191]Шрайок, «Лицензирование медицинской деятельности», стр. 53–54; Роберт К. Дербишир. «Лицензирование медицинской деятельности и дисциплина в Соединенных Штатах» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1969), стр. 7; Стивенс, «Американская медицина», стр. 43; и Берлант, «Профессия и монополия», глава 5.

лицензировании по крайней мере в тридцати трех из сорока пяти штатов, которые приняли законы о лицензировании к 1900 году. Врачи по крайней мере из двух сект работали в одних и тех же лицензионных советах в двадцати штатах[192]. Сотрудничая в лицензировании, нерегулярная профессия добилась включения в число респектабельных. С каждым годом научная медицина набирала силу, лидерам гомеопатии казалось, что им нечего терять, а вот от связи с регулярной профессией они могут получить все. Президент Американской медицинской ассоциации в 1901 году даже признал, что «с расширенными и все более единообразными учебными программами» не имело смысла утверждать, что конкурирующие секты не разделяют компетенцию профессии[193].

Лидеры реформ в официальной медицине добились наибольшей выгоды. Сотрудничая с нелегальными сектами, они добились принятия законов о лицензировании, признающих научно ориентированные реформы единственной законной основой медицинского образования. За короткое время они обеспечили себе полный контроль над лицензированием и ресурсами для реформы медицинского образования. Независимо от того, предвидели ли эти элитные специалисты свою конечную выгоду от сотрудничества с гомеопатами и эклектиками или руководствовались исключительно соображениями целесообразности, не разбавленными стратегией, совместные усилия по лицензированию ускорили искоренение сектантства на фоне растущего хора поддержки научной медицины.

К 1903 году Американская медицинская ассоциация (AMA) приняла эту стратегию открыто. На своём ежегодном съезде делегаты проголосовали за отмену десятилетнего запрета на регистрацию врачей, получивших образование гомеопатов или эклектиков, но отказавшихся «назначать» себя таковыми[194]. Двумя годами ранее президент AMA Чарльз Рид обратил внимание на положительные результаты допуска всех лицензированных врачей в медицинские общества штатов. По его словам, отменив политику исключения, нью-йоркское общество сократило регистрацию врачей-сектантов «почти на девяносто процентов»[195].

Научная медицина, возможно, была более эффективна, чем гомеопатия и эклектика, в лечении некоторых заболеваний, для которых она разработала лекарства, но она не была, особенно на рубеже веков, панацеей, как считалось. Излишне оптимистичные оценки реформаторов не разделяют многие современные историки медицины. Например, Уильям Ротштейн утверждает, что «секты могли существовать в медицине лишь до тех пор, пока обоснованные с медицинской точки

[192]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 307—309.
[193]Рид, «Обращение президента», 1605.
[194]«Отчет Комитета по медицинской этике», JAMA. 40 (1903), 1379-81.
[195]Рид, «Обращение президента», 1605.

зрения методы лечения составляли лишь малую часть используемых врачами. После того, как обоснованные с медицинской точки зрения методы стали доминирующей частью медицинской практики, медицинское сектантство заметно пошло на спад»[196].

В-действительности, число эффективных с медицинской точки зрения методов лечения существенно не увеличилось в первые несколько лет этого столетия, в период, когда сектантство в медицине пошло на спад[197]. Напротив, кампания за признание научной медицины нашла отклик в культуре новых технических и управленческих групп, связанных с промышленным капитализмом и контролируемыми ими средствами массовой информации. Эта кампания укрепила общественное мнение о широкой эффективности научной медицины и, в сочетании с политическими действиями элитных реформаторов медицины, подорвала медицинские секты, конкурировавшие с официальной медициной.

## СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ: МЕНЬШЕ КОНКУРЕНЦИИ ДЛЯ ЭЛИТЫ

Достижения медицинской науки в конце XIX века быстро создали техническую базу, позволяющую некоторым врачам предлагать узкоспециализированные знания, недоступные обычному практикующему врачу. Предполагалось, что медицинские достижения могут быть использованы любым врачом, но в действительности только те, кто изучал конкретную область, приобретали навыки применения техник и изобретений. Офтальмоскоп, изобретённый Гельмгольцем в 1851 году, требовал значительных знаний и практики, чтобы знать, что искать по ту сторону роговицы. Анестезия, антисептика и асептика сделали хирургию относительно безопасной процедурой, но мастерами хирургических техник были те, кто посвятил ей всю свою практику.

Само существование медицинской специализации основывалось на редукционистском анализе тела и болезни. Её конкретное развитие стало возможным благодаря достижениям медицинской науки. Тем не менее, специализация среди практикующих врачей стимулировалась экономической конкуренцией внутри профессии и развивалась, используя преимущества нового рынка для более технических и, казалось бы, более научных медицинских услуг.

В условиях всеобщего недовольства среди наиболее амбициозных представителей профессии около 15 000 американских врачей изучали медицину только в Германии. Они вернулись, чтобы воспользоваться

[196]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 23.

[197]См., например, Т. МакКьюн, «Концептуальная основа для исследований и разработок в медицине». Международный журнал медицинских услуг, 3 (1973), 17–28; и Поулз, «Ограничения».

преимуществами своего углубленного обучения и уверенности в себе и специализироваться в той или иной области клинической медицины[198]. Успешные специалисты вскоре стали зарабатывать более чем вдвое больше, чем более обеспеченные врачи общей практики[199]. Элитные врачи, ориентированные на науку, увидели в специализации выход на конкурентном медицинском рынке.

Спрос на специалистов рос вместе с городским высшим средним классом. Пациентки, чьё социальное положение основывалось на развитии технологий и индустриализации, искали врачей, чья практика предполагала такое же мировоззрение. Гинекологическая теория рассматривала большинство женских болезней как коренящиеся в проблемах матки или связанные с ними. Как убедительно продемонстрировали Барбара Эренрайх и Дейрдре Инглиш, сама викторианская женственность ассоциировалась с инвалидностью, физической и эмоциональной слабостью. Женщин из «высших» классов определяли как больных, чтобы поддержать их роль социального украшения, демонстрируя финансовый и социальный успех их мужей и отличая их от женщин низшего класса, которые должны были работать и считались нездоровыми[200].

Хирурги-гинекологи эксплуатировали якобы хрупкую натуру женщин из высшего среднего класса и ужасные последствия «загиба» матки или сексуального влечения. Гистерэктомии, овариотомии и клитерэктомии назначались при этих и других женских заболеваниях. Некоторые гинекологи, типа Горацио Бигелоу, писавший в журнале Американской медицинской ассоциации в 1885 году, предпочитали «консервативный» подход слишком безрассудному использованию ножа или механических устройств. Он считал, что лучших результатов можно добиться, «внимательно относясь к каждой детали жизни, даже к самой незначительной, ибо совокупность мелочей формирует большие, а также обращая внимание на психические состояния и реакции»[201]. Такое внимание, конечно же, требовало ежедневных визитов к врачу.

Гинекологи адаптировали свои медицинские теории к господствующим представлениям о месте женщин в обществе и тем самым создали новый прибыльный рынок медицинских услуг. Женщины из высшего общества стали объектами охоты хирургов-гинекологов, орудующих ножами, или немощными пленницами чрезмерно

[198]Стивенс, «Американская медицина», стр. 40.
[199]Эдгар Аллен Форбс, «Доктор — Шейлок?», World's Work, 14 (1907), 8892-96.
[200]Б. Эренрайх и Д. Инглиш, «Жалобы и расстройства: сексуальная политика болезни» (Олд-Уэстбери, Нью-Йорк: The Feminist Press, 1973). См. также их работу «Ради её собственного блага: 150 лет экспертных советов женщинам» (Гарден-Сити, Нью-Йорк: Anchor Press, Doubleday , 1978).
[201]Х. Бигелоу, «Сохранение энергии и консервативная гинекология », JAMA. 4 (1885), 311.

«внимательных» гинекологов. С начала 1890-х годов абдоминальная и тазовая хирургия казалась настоящей золотой лихорадкой в этой профессии, а хирурги, по словам журнала Американской медицинской ассоциации (AMA Journal), были «самой неутомимой и амбициозной толпой, которая когда-либо сражалась за славу на поле боя»[202].

Врачи общей практики, очевидно, страдали в той мере, в какой их пациенты обращались к специалистам с жалобами, которых раньше лечили врачи общей практики. С 1850-х годов медицинские общества, в которых доминировали врачи общей практики, атаковали то, что они считали недобросовестной конкуренцией. В 1874 году судебный совет Американской медицинской ассоциации постановил, что специалисты могут рекламировать только то, что их практика «ограничена болезнями, свойственными женщинам» или «болезнями глаз и ушей». Такие ограничения для специалистов опровергали утверждения ведущих научных деятелей о том, что специализация основана на более обширных знаниях, недоступных врачам общей практики. Более того, немногие врачи в то время могли полностью ограничить свою практику специализациями, поскольку специализация еще не была достаточно широко принята[203].

Условия вскоре изменились, по крайней мере в крупных и средних городах. Специалисты продвигали медицинские науки через свои собственные общества. После отказа Американской медицинской ассоциации (AMA), которая назначила комитет из консервативно настроенных медицинских профессионалов вместо выдающихся ученых-медиков для проведения Международного медицинского конгресса 1887 года, специалисты и другие ученые-медики основали Ассоциацию американских врачей. В 1888 году все национальные общества специализации образовали альянс вне Американской медицинской ассоциации (AMA) в Американском конгрессе врачей и хирургов. В последние годы девятнадцатого века, по мере развития научной медицины и укрепления экономической базы специализации, членство в научных обществах росло, особенно в городах на востоке страны, где медицинские центры начинали доминировать в медицине, в то время как членство в AMA затаилось[204].

Медицинские специализированные общества были призваны не только содействовать развитию специальности, но и добиваться признания специалистов врачами общей практики. Несмотря на то, что они были конкурентами, специалисты в значительной степени полагались на рекомендации других врачей в своей практике. Врачей

[202]Цитируется в книге Стивенса «Американская медицина», стр. 50.
[203] Конольд , Этика, стр. 35-37; и «Отчет Комитета по специальностям и о правомерности рекламы специалистов». 7 протоколов Американской медицинской ассоциации, 20 (1869), 111-13.
[204] Конольд , «Этика», стр. 38-40.

общей практики приходилось убеждать направлять сложные случаи к другим врачам. Чтобы стимулировать направление пациентов, многие, если не большинство, специалисты отдавали часть своего гонорара врачу, который их направил[205]. Разделение гонораров стало широко распространённой практикой для контроля конкуренции и получения признания специалистов врачами общей практики.

Однако разделение гонораров было частным инструментом, используемым отдельными лицами для смягчения конкурентных отношений между собой. Для коллективного использования раздела гонораров организованной профессией потребовалось бы открытое признание его существования и легитимности внутри профессии. Это было бы хуже, чем конкуренция, которую разделение гонораров пыталось регулировать, поскольку представляло собой чисто коммерческую сделку, подрывающую профессиональные претензии на экспертность и привилегии. Тем самым оно подрывало общественное доверие к врачам и ещё больше ослабляло социально-политические позиции профессии. Разделение гонораров не могло разрешить конфликт интересов между специалистами и врачами общей практики на национальном уровне.

В конечном счёте, развитие специализаций и субспециальностей действительно снизило общую конкуренцию внутри медицинской профессии. Соотношение врачей общей практики сократилось с более чем 170 на 100 000 населения в 1900 году до менее чем шестидесяти на 100 000 населения сегодня[206]. Однако разделение труда врачей по специализациям создало внутрипрофессиональные проблемы, противопоставив врачей общей практики врачам-специалистам. Сокращение числа врачей общей практики несколько смягчило эту проблему, но на рубеже веков оно всё ещё серьёзно раскалывало ряды врачей и препятствовало усилиям элитных врачей-практиков с научной ориентацией и медицинского факультета, возглавлявших движение за реформы.

В XX веке появились новые уровни аккредитации специалистов. Американский колледж хирургов был обвинён в элитарности и неамериканском подходе за попытки ограничить хирургию специально лицензированными врачами и аккредитованными больницами. В 1912 году рекламная поездка Франклина Мартина, организованная Коллегией хирургов, была прервана выкриками враждебно настроенных врачей

[205]Стивенс, «Американская медицина», стр. 50.

[206]Данные основаны на оценке Ротштейна («Американские врачи», стр. 344) числа врачей в Соединенных Штатах в 1900 году за вычетом 5 процентов, которые могли быть штатными специалистами, тогда как текущая цифра взята из книги Кембриджского исследовательского института «Тенденции, влияющие на систему здравоохранения США» (Вашингтон, округ Колумбия: Правительственная типография, 1976 г.), стр. 357–366.

общей практики. Членов колледжа обвиняли либо в унижении профессии путём создания «хирургического профсоюза по профсоюзному принципу», либо в создании новой олигархии, «эксклюзивных в профессии»[207].

Среди лидеров реформ, собравшихся в кулуарах Американской медицинской ассоциации (AMA), было много ведущих специалистов, но они считали важным поставить интересы всей профессии во главу угла своей кампании. После неудачи в 1898 году, в 1901 и 1902 годах им удалось реорганизовать AMA в более эффективную национальную организацию. Их стратегия включала деликатный вопрос объединения конкурирующих специалистов и врачей общей практики и включения специалистов в главное политическое крыло профессии — Американскую медицинскую ассоциацию (AMA).

## ПРИБЫЛИ И ПОТЕРИ

Научная медицина, несомненно, была эффективной доктриной для реформирования и подъёма медицинской профессии. Она повысила техническую эффективность врачей, заложив основу для роста общественного доверия к профессии. Потребность в исследованиях и преподавании медицинских наук создала совершенно новую категорию академической медицины. Она объединила интересы этих врачей-академиков, стремившихся к полной победе научных медицинских школ над менее эффективными, с интересами элитных практикующих врачей, стремившихся сократить выпуск врачей и конкуренцию между ними для повышения своих доходов и статуса. Требования научного медицинского образования до предела истощили ресурсы «коммерческого» медицинского образования, что привело к закрытию многих медицинских школ и сокращению выпуска врачей. Это также послужило основанием для требования обширного предварительного образования для абитуриентов медицинских вузов, вытесняя бедные слои населения из медицинской сферы и тем самым укрепляя классовую базу профессии. Более того, научная медицина подорвала сектантскую медицину, объединив большую часть разрозненной профессии под знаменем «несектантской» научной медицины. Наконец, она создала основу для дальнейшего снижения конкуренции внутри профессии посредством развития специализации. Таким образом, научная медицина способствовала завершению профессионализации медицины.

Эти достижения медицинской профессии сопровождались и некоторыми потерями. Часть потерь легла на плечи менее влиятельных представителей профессии. Прибыль специалистов, новой элиты среди практикующих врачей, обернулась потерями врачей общей практики.

[207]Стивенс, «Американская медицина», стр. 85-88, 92.

Научная медицина предоставила научной элите профессии средства для укрепления своих позиций и установления полного контроля.

В то время как общество получало выгоду от более эффективных методов борьбы с инфекционными заболеваниями, люди теряли преимущества традиционных методов и становились зависимыми от технологической медицины. Пропаганда реформаторски настроенной элиты преподносила научную медицину как последнее слово в вопросах здоровья и болезней. В ходе этой кампании медицина исключила из практики методы профилактики и лечения травами, которые лишь сейчас вновь обретают популярность. Они также сузили сферу медицинских исследований до редукционистских концепций, фактически игнорируя социальный и экономический контекст здоровья и болезней.

Врач изображался всезнающим, а его мастерство — всемогущим. Пациенты, принимая требования профессии и желая что-то за свои деньги, стали ожидать, что их врачи предоставят средства от их страданий. Не желая препятствовать такому прибыльному отношению, большинство врачей считали, что, по словам врача конца девятнадцатого века, «тот не выполняет свой долг и свою привилегию, кто пренебрегает тем, чтобы сделать что-то для пациента»[208]. Однако даже это прибыльное приписывание врачебного всезнания было палкой о двух концах. Вооруженные заверениями в почти непогрешимости медицинской науки, пациенты требовали компенсации, когда они были искалечены терапией или ошибками ученых-врачей. Количество исков о врачебной халатности с 1900 по 1915 год превысило количество исков за весь девятнадцатый век[209].

Естественно, наиболее угнетённые группы общества пострадали больше всего от полной профессионализации медицины, ставшей возможной благодаря научной медицине. Бедные слои населения в целом и этнические и расовые меньшинства в частности пострадали вдвойне: лишившись возможности заниматься этой профессией, и лишившись медицинской помощи, которая была свойственна их общинам и была им доступна. К началу 1900-х годов люди, которые могли позволить себе врачей-специалистов, всё больше полагались на них, часто полностью обходя стороной врачей общей практики. Бедные заполнили залы ожидания и смотровые столы учебных больниц, став учебным и исследовательским материалом для интернов, ординаторов и специалистов. Наёмные работники страны, исключенные из благотворительных клиник из-за проверки нуждаемости и часто неспособные позволить себе оплату услуг частных специалистов, стали

[208]Морис Д. Кларк, «Терапевтический нигилизм», цитируется в книге Ротштейна «Американские врачи», стр. 184-85.
[209]Ротштейн, «Американские врачи», стр. 324.

основными клиентами врачей общей практики, которые обеспечивали бы им пропитание[210]. После весьма успешных кампаний врачей по избавлению страны от акушерок, женщины и мужчины из рабочего класса и сельской местности лишились услуг, которые помогали сохранить целостность их семей во время родовспоможения, и оказались вынуждены платить более высокие гонорары врачам и стоимость больничной койки[211]. Женщины страдали от ненужных хирургических операций и удушающего внимания со стороны гинекологов. Они, как и представители рабочего класса и расовых меньшинств в целом, также были лишены возможности стать врачами.

Чем меньше врачей конкурировало за деньги потребителей, тем выше становились их доходы и тем меньше врачей работало в рабочих и бедных районах городов и сельской местности. Средний класс стал основным источником дохода для большинства представителей этой профессии. Как самодовольно заметил Моррис Фишбейн, редактор журнала MAA Journal, в 1927 году: «Врач будущего будет иметь дело преимущественно с этой группой. Именно от неё будет получать доход большинство врачей, которые сами принадлежат к среднему классу»[212].

Динамика, которая подняла белых врачей-мужчин из среднего и высшего классов на вершину иерархии, не была основана на заговорах или сознательном обмане. Врачи действовали в своих коллективных интересах. Хотя различные группы интересов внутри профессии часто сталкивались, их конфликты постепенно подавлялись крепнущей верой в то, что все, кто принимает научную медицину, получат выгоду. Гомеопаты старой закалки и эклектики, конечно же, отошли на второй план, а владельцы откровенно коммерческих медицинских школ потеряли свои прибыльные предприятия. Но большинство врачей могли понять цели кампании реформ — большее уважение к их навыкам, более высокий социальный статус, больше денег — и необходимые средства для их достижения. Несомненно, заговоры и сознательный обман имели место на этом пути (мы увидим несколько примеров в Главе 4), но даже лидеры реформ верили, что их миссия принесет пользу как обществу, так и медицинской профессии. Тем не менее, трудно поверить, что полная профессионализация медицины отвечала интересам более чем незначительного меньшинства населения.

Технические ограничения медицины XIX века сменились технической узостью в XX веке: профессиональный плюрализм – профессиональная монополия, контролируемая элитными

[210]Стивенс, «Американская медицина», стр. 134.

[211]Об успешной кампании по избавлению от акушерок см. Фрэнсис Э. Кобрин , «Споры об американских акушерках: кризис профессионализации», Бюллетень истории медицины, 40 (1966), 350-63.

[212]Моррис Фишбейн, «Новые медицинские безумства» (Нью-Йорк: Boni and Liveright, 1927), стр. 231.

специалистами и учёными-медиками; культурное разнообразие и широкая распределённость группы целителей – более чётко стратифицированный и, для многих, недоступный профессиональный класс. Это лишь некоторые из потерь общества, которые сопровождали успехи профессии. Однако консолидация научной медицинской профессии также принесла важные выгоды корпоративному классу в Америке.

# ГЛАВА 3
# Научная медицина II:
# Сохранение капитала

Научная медицина, хотя и обеспечивала профессию врача, в то же время представляла собой серьёзное и неразрешимое противоречие для врачей. Медицинская наука, развивавшаяся в капиталистических странах, была построена на технологиях. Считалось, что чем выше уровень технологий, тем эффективнее или, по крайней мере, востребованнее были услуги врачей и исследователей. Но чем выше уровень технологий, тем больше капитала требовалось как для медицинской практики, так и для исследований. Инвестиции в больничное и лабораторное оборудование, а также огромные расходы на высокоспециализированных преподавателей и исследователей были за пределами возможностей самих врачей[213]. Врачам приходилось искать капитал за пределами профессии, и в 1900 году только один класс обладал такими деньгами. Богатые капиталисты могли диктовать профессии условия – политику, которая служила их собственным интересам в той же степени, а может быть, и в большей, чем интересам самой профессии. В этой главе мы увидим, как медицинская наука открыла двери для капиталистического вмешательства и как научная медицина служила не только потребностям медицинской профессии, но и интересам капитализма.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ И КАПИТАЛ

Семейный врач XIX века владел несколькими инструментами: зеркалом, термометром и стетоскопом для осмотра, пилами для ампутации и ларцом с лекарствами для продажи пациентам – действительно, небольшое вложение. Но медицина XX века требовала более совершенных технологий, чем мог себе позволить любой врач. Больницы, некогда учреждения, куда бедняков отправляли умирать, стали мастерской для врача. Больница не только предоставляла врачу полностью оборудованные операционные, рентгеновские аппараты и другое диагностическое и терапевтическое оборудование. Она также предоставляла вспомогательный персонал, который изолировал пациентов от их семей, передавал их под контроль технических специалистов и обеспечивал выполнение врачебных назначений. Подобно тому, как повозка, везущая врача к дому пациента,

[213] Сандер Кельман описывает противоречие, которое технологическая медицина создавала для врачей частной практики в их попытке контролировать профессию, в статье «К политической экономии медицинской помощи», Inquiry, 8 (сентябрь 1971 г.), 30–37.

символизировала отношения между врачом и пациентом в XIX веке, пациент в сравнительно оборудованном кабинете врача, а затем врач и пациент в больнице символизировали их модернизированные аналоги.

Масштабное развитие больниц в 1890-х годах последовало за развитием хирургии как специализированной специальности. Прославленные хирургические навыки Холстеда из больницы Джонса Хопкинса и других специалистов клиники Майо обеспечили народную поддержку призывам врачей строить больницы с современным хирургическим оборудованием. Розмари Стивенс отмечает: «Большинство ныне существующих больниц были основаны в период с 1880 по 1920 год, и тогда средний класс впервые стал массово обращаться в больницы». В 1873 году в Соединённых Штатах насчитывалось всего 178 больниц. К 1909 году их было 4359 с общей вместимостью 421 000 коек[214].

Врачи становились всё более зависимыми от больниц. К 1929 году семь из десяти врачей имели какую-либо принадлежность к больницам. В Нью-Йорке и Чикаго среднестатистический врач, будь то врач общей практики или специалист, проводил до 30% своего рабочего времени в больницах и клиниках[215]. Даже на рубеже веков медицинская профессия всё больше зависела от дорогостоящих, институционализированных технологий.

Капитал, необходимый для больниц, медицинского образования и исследований, превышал возможности самой профессии. Полностью оборудованная больница среднего размера была дорогостоящим строительным проектом. К тому же, нельзя было разумно ожидать, что плата за размещение и обслуживание покроет годовые расходы на содержание больницы, особенно учитывая, что больницы представляли собой бесплатные мастерские для врачей. Пациенты, как правило, платили определённую сумму за больничное лечение, но любые дополнительные расходы, превышающие весьма расплывчато установленный лимит, снижали использование ресурсов и сокращали доходы как больницы, так и врача. Таким образом, каждый год больницы накапливали дефицит, который необходимо было покрывать.

Дефицитное финансирование отражало социальную роль больниц как благотворительных учреждений. Исторически, начиная с их развития как средневековых приютов для больных бедняков и заканчивая более поздней ролью обеспечения больных всех сословий, больницы неизменно отражали классовую структуру общества. В соответствии со

[214] Rosemary Stevens, «American Medicine and the Public Interest» (New Haven: Yale University Press, 1971), стр. 78, 52. О стоимости строительства больниц см. C. Rufus Rorem, «The Public's Investment in Hospitals» (Chicago: University of Chicago Press, 1930), особенно стр. 124-25.

[215] Стивенс, «Американская медицина», стр. 145.

своим положением в классовой структуре, богатые должны были полностью оплачивать расходы на собственное личное пространство и внимательный уход. Средний класс, располагающий менее просторными помещениями и меньшим количеством персонала, должен был оплачивать свои расходы, но не обязательно поддерживать все аспекты деятельности больницы. До недавнего времени от бедных ожидалось, что они будут платить по мере своих возможностей, и этого было очень мало. Их уход рассматривался как благотворительность, и, в соответствии с распространёнными представлениями о важности труда и лени бедных, условия и уход, предоставляемые им, были в лучшем случае суровыми, а в худшем – унизительными. Более того, с ростом числа больниц при медицинских вузах бедные стали объектом исследований и обучения для этой профессии. Чтобы завершить дифференциацию классовых отношений, отраженную в больничном деле, а также сбалансировать его баланс, богатых призвали жертвовать деньги на покрытие расходов на лечение бедных. Благотворительная природа больниц предоставляет состоятельным людям практически идеальную возможность продемонстрировать своё благородство в учреждении, которое публично отражает и, таким образом, укрепляет классовую структуру общества.

Организация и финансирование больниц, безусловно, предоставляет врачам возможности заниматься своей профессией и зарабатывать деньги, а также выгодно представителям высшего среднего и высшего классов, предоставляя им возможности, соответствующие их социальному статусу, и возможности продемонстрировать своё превосходство в классе посредством благотворительности в пользу больницы. Зависимость медицинской профессии от богатых могла бы порождать антагонизм, но благодаря их совпадающим интересам в отношении больницы их отношения стали симбиотическими. Местные состоятельные мужчины и женщины открыли свои сердца и раскошелились на сбор средств для больниц.

Медицинские исследования и медицинское образование были разными вещами. Больницы ориентировались на местный электорат, в то время как новые научные медицинские школы привлекали своих студентов и преподавателей, как минимум, из штата, а чаще – из целого региона или даже из всей страны. Медицинские исследования представляли собой долгосрочные инвестиции в разработку новых знаний и технологий, которые служили бы стране в целом, а не оказывали подчиненное обслуживание бедным. Медицинские преподаватели и исследователи больше не были местными выдающимися врачами; их репутация создавалась на национальном уровне внутри их собственных рядов, или не создавалась вовсе. Местных богатых мужчин и женщин можно было уговорить предоставить лабораторию в близлежащем медицинском вузе, апеллируя к местной

гордости, но этим объектам благотворительности не хватало драматизма больниц, обслуживающих бедных и предоставляющих условия для врачей, известных всему местному сообществу. Медицинское образование и медицинские исследования требовали гораздо больших денежных средств, чем строительство больниц, а целевые фонды для поддержки преподавателей и исследователей требовали еще больших вложений из средств местного высшего класса.

Сочетание больших требуемых сумм, менее прямых благотворительных и менее заметных функций медицинских исследований и образования, долгосрочных инвестиций, которые они представляли, и более национального характера их привлекательности сделали медицинское образование и медицинские исследования объектами филантропии национального богатого класса в большей степени, чем тех, чье богатство было локальным по своему характеру или размеру. К 1890-м годам новый национальный капиталистический класс затмил местный бизнес и аристократическую элиту[216]. Их богатство было получено от инвестиций в национальные корпорации, и их видение того, что хорошо и необходимо для общества, было шире, чем у их местных и менее крупных коллег. Многие из них давали без стратегии в своих благодеяниях, за исключением привлечения доброй воли, но у некоторых были собственные стратегии и интересы.

Подобно тому, как местные врачи с хорошими связями апеллировали к гордости и благотворительным обязательствам высшего среднего класса, чтобы построить современную больницу для своего сообщества, так и учёные-медики обращались к более состоятельным мужчинам и женщинам, апеллируя к нуждам общества. Несколько прославленных центров медицинского образования и исследований были относительно благополучны. Чарльз Элиот ясно видел, что для привлечения крупных пожертвований и целевого финансирования необходимо реформировать медицинскую школу Гарварда. Университет Джонса Хопкинса завещал больницу, медицинскую школу и университет из своего состояния, полученного от железной дороги Балтимор и Огайо; однако для открытия медицинской школы требовалось больше, и богатые люди получили необходимые средства. Эти случаи были исключением.

«Ни полдюжины учреждений не получили сколько-нибудь значительных сумм, и очень немногие вообще получили что-либо», — жаловался журнал Американской медицинской ассоциации в 1900 году. Необходимые для «развития медицинского образования и медицинской науки» средства должны были поступать извне[217]. Как предвидели и опасались некоторые лидеры реформ, зависимость от филантропии в

[216] Ричард Хофштадтер, «Эпоха реформ» (Нью-Йорк: Vintage Bocks, 1955), стр. 137-38.
[217] JAMA, 35 (1900), 1353

плане финансирования этого капитала была опасна.

## Уэлч: лекарь Рокфеллера

Личное положение Уильяма Х. Уэлча и его последующий успех свидетельствуют о восходящей звезде медицинских исследований. Вернувшись в 1878 году из Германии, где он изучал патологию, Уэлч не нашел особой поддержки в Нью-Йорке, чтобы посвятить себя лабораторным исследованиям. Хотя он получил некоторую поддержку от Фрэнсиса Делафилда из престижного Колледжа врачей и хирургов, он не мог найти помещения для создания лаборатории. В конце концов, он обратился в менее престижный медицинский колледж при больнице Белвью и договорился об использовании трех комнат, нескольких кухонных столов и оборудования на двадцать пять долларов. Используя лягушек, собранных на болотах дома его сестры на севере штата Нью-Йорк, Уэлч начал первый лабораторный курс по патологии, преподаваемый в американской медицинской школе. Он жил на оплату услуг своих шести студентов, партнерство с другим врачом, готовившим студентов-медиков к конкурсным экзаменам, и помощь доктору Остину Флинту, богатому и влиятельному профессору медицинской практики в Белвью[218].

Европейские исследования и оригинальные работы Уэлча сразу же принесли ему признание. В течение года выпускники Колледжа врачей и хирургов собрали достаточно средств, чтобы предоставить Уэлчу скромную патологоанатомическую лабораторию в своей alma mater, но Уэлч чувствовал себя преданным Белвью и также хотел сохранить и закрепить за собой кафедру патологии в новой медицинской школе Джонса Хопкинса. Привлечённый «более академической» обстановкой в Хопкинсе, освобождением от «тяжелой преподавательской работы», гарантированной зарплатой в 4000 долларов в год и оплачиваемыми ассистентами, Уэлч шокировал нью-йоркскую медицинскую общественность и друзей, отказавшись от будущего дохода «не менее 20 000 долларов» ради провинциального Балтимора[219].

Уэлч занял должность в больнице Хопкинса в 1884 году. Перед тем как отправиться в Балтимор, он провёл большую часть года, изучая бактериологию в Лейпциге и Берлине у Коха. Он изучал бактериологию главным образом из опасения остаться позади в растущей конкуренции за медицинские открытия[220]. Исключительная преданность Уэлча своей

[218] Саймон Флекснер и Джеймс Томас Флекснер, «Уильям Генри Уэлч и героический век американской медицины» (Нью-Йорк: Viking Press, 1941), стр. 111-117
[219] Там же, стр. 130-34.
[220] Дональд Флеминг. «Уильям Х. Уэлч и расцвет современной медицины» (Бостон: Little, Brown and Co., 1954) создаёт впечатление, что Уэлч руководствовался принципом конкуренции. См. также С. Флекснер и Дж. Т. Флекснер, «Уэлч», стр. 138.

карьере принесла ему успех. Несмотря на преклонение и социальную популярность, он изолировал себя от личной близости с другими людьми, будь то мужчины или женщины[221].

Репутация Уэлча как исследователя и организатора научных исследований росла ещё до того, как в 1893 году открылась медицинская школа Университета Джонса Хопкинса, где он стал её первым деканом. К началу века профессиональная репутация Уэлча начала распространяться и в светских кругах. В 1901 году он привлёк внимание Фредерика Т. Гейтса, великого мэтра филантропии Рокфеллеров. Уэлча попросили помочь организовать Рокфеллеровский институт медицинских исследований. Вскоре он стал главным советником фондов Рокфеллеров по медицинским проектам, оказав значительную помощь в финансировании медицинского образования в США и Китае, в разработке программ общественного здравоохранения в США и по всему миру, в организации и руководстве первой в стране школой общественного здравоохранения и многом другом. В 1930 году его восьмидесятилетие отметили по всему миру прямой радиотрансляцией на Соединенные Штаты и Европу под председательством президента Гувера и одновременными празднованиями в крупных городах Европы и Японии.

Уильям Х. Уэлч был человеком, чья жизнь и карьера во многом повлияли на развитие медицинской науки – от её трудного зарождения до невероятного материального успеха. Его жизнь сочетала в себе идеальное сочетание амбиций, таланта, беззаветной преданности своему делу и возможностей, сделавших его идеалом академической медицины в Соединённых Штатах. Общительность и остроумие не позволяли ему стать затворником, к которому его отказ от близких отношений мог бы привести. Его значительный талант в сочетании с изначально почти неистовым честолюбием обеспечили ему конкурентное преимущество в медицине.

Тем не менее, эти качества не принесли бы больших плодов, если бы возможности не предоставлялись в нужный момент. Если бы Уэлч не родился белым мужчиной из обеспеченной семьи, у него никогда не было бы необходимой ему материальной поддержки. Родись Уэлч на пятьдесят лет раньше, научная медицина осталась бы без поддержки. Родись он на пятьдесят лет позже, он вполне мог бы стать просто ещё одним компетентным исследователем в области медицины. Если бы в медицинской школе Джонса Хопкинса не было преподавателей, когда он был восходящей звездой нью-йоркской медицинской науки, ему, возможно, пришлось бы направить энергию на прибыльную частную практику и потерять свой уникальный опыт в медицинской академии. Если бы филантропы Рокфеллера не стремились развивать научные медицинские исследования, реформировать медицинское образование и

[221] Флеминг, «Уэлч», стр. 65-70; и Флекснер и Флекснер, «Уэлч», стр. 136,154,171.

разрабатывать программы общественного здравоохранения, у него могло бы не быть достаточного плацдарма для его талантов и, возможно, он не добился бы репутации государственного деятеля и знаменитости мирового уровня. Хотя Уэлч оказался в нужном месте в нужное время, его блестящая карьера зависела не только от удачи. Его пол, раса и социальный класс были решающими условиями его успеха. Но, пожалуй, самым важным условием было развитие корпоративного капитализма, обеспечивавшее идеологическую и культурную поддержку научной медицины и материальную поддержку его исследований.

Вероятно, Уэлч преуспел бы и без Рокфеллеров, поскольку его репутация позволила бы ему занять ведущие позиции в медицинской науке. Однако медицинские исследования и образование в целом получили огромную поддержку благодаря богатству Рокфеллеров. Под умелым руководством руководителей фонда состояние Рокфеллеров стало крупнейшим источником капитала для развития медицинской науки в США, перевода медицинского образования на научно-исследовательскую основу и разработки программ общественного здравоохранения в США и за рубежом.

В первой четверти XX века руководство Рокфеллеровского фонда разработало чёткую стратегию капиталовложений в медицину. Эта стратегия порой поддерживала, а порой и противостояла различным интересам в медицине, но подобные союзы и конфликты никогда не были случайностью для фонда. Они были ожидаемыми и необходимыми следствиями роли современной медицины в обществе, как того желали и как это было сформулировано с самых вершин американской классовой структуры.

Почему Рокфеллер щедро тратил столько денег — 65 миллионов долларов к 1928 году — на одно учреждение, посвящённое научным медицинским исследованиям? Что побудило людей из филантропического фонда Рокфеллера тратить столько энергии и средств на медицину? Насколько важны были их гуманные чувства к ближним? Мечтали ли они о материальной выгоде от своей работы? Считали ли они, будучи капиталистами и управляющими корпораций, что она будет способствовать их личным или классовым интересам? Осознание их новаторских усилий сделало понятными проблемы и идеи, скрывающиеся за фасадами, возведёнными в финансируемых фондом исторических трудах и авторизованных биографиях.

## ДЕНЬГИ РОКФЕЛЛЕРА И МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА: СОЦИАЛЬНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ

2 июня 1901 года нью-йоркские газеты приветствовали основание Рокфеллеровского института медицинских исследований. Этот институт, ставший самым ярким примером частной благотворительности в

поддержку медицинских исследований, положил начало новой эпохе в истории Соединённых Штатов. В большей степени, чем его зарубежные предшественники, Рокфеллеровский институт занимался широким спектром заболеваний, стремясь понять их биологические и химические причины, разрабатывая методы профилактики и лечения, а также готовя сотни исследователей для медицинской науки.

Институт начал свою деятельность скромно, выделяя 20 000 долларов в год на исследовательские гранты, а вскоре после этого Джон Дэвисон Рокфеллер получил прямой взнос в размере 1 миллиона долларов. К 1928 году общая сумма пожертвований Рокфеллера институту составила 65 миллионов долларов – огромная сумма по тем временам. Хотя наиболее известны своими благотворительными пожертвованиями старший Рокфеллер и его сын, именно Фредерик Т. Гейтс разработал стратегию и инициировал инвестиции в медицинские исследования, медицинское образование и общественное здравоохранение.

В 1915 году Гейтс записал свои воспоминания об истоках института. Его отрывочные воспоминания стали широко цитируемой историей истоков медицинской филантропии Рокфеллеров[222]. Как фольклор, они передают процесс и мотивы, которые, по замыслу создателя Института Рокфеллера, должны были заставить нас поверить в зарождение его интереса.

В своей ретроспективной истории Гейтс описывает, как ему пришла в голову идея создания института. Будучи священником Центральной баптистской церкви в Миннеаполисе с 1880 по 1888 год, Гейтс имел бесчисленное количество контактов с врачами-гомеопатами и врачами-ортодоксами. Его визиты в «сотни больничных палат» и близкие отношения с несколькими врачами подтвердили «глубокий скептицизм в отношении медицины обеих школ в том виде, в каком она существовала в то время». Что касается гомеопатии, он пришёл к выводу, что её основатель Самуэль Ганеман был «почти сумасшедшим». Он не испытывал большего доверия к врачам-ортодоксам, практикующим гомеопатию.

Затем, в 1897 году, через шесть лет после поступления на службу к Рокфеллеру, он подружился с бывшим членом его прихода в Миннеаполисе, студентом-медиком в Нью-Йорке. Он попросил молодого

[222] Этот отчёт полностью опубликован под заголовком «Воспоминания Фредерика Т. Гейтса об истоках Института» в официальной книге Джорджа У. Корнера «История Института Рокфеллера — 1901–1953» (Нью-Йорк: Rockefeller Institute Press, 1964), стр. 575–584. На него широко ссылаются Корнер и Аллан Невинс, Джон Д. Рокфеллер, «Героический век американского предпринимательства» (Нью-Йорк: Charles Scribner's Sons, 1940), т. 2, стр. 466–470; и Флекснер и Флекснер, «Уэлч», стр. 269–271. Я также цитировал и ссылался на меморандум Гейтса на следующих страницах.

человека порекомендовать ему доступный для чтения медицинский учебник, используемый в лучших медицинских вузах. По совету своего молодого друга Гейтс купил себе книгу Уильяма Ослера «Принципы и практика медицины», впервые опубликованную в 1892 году, и карманный медицинский словарь.

Гейтс взял книгу Ослера с собой, когда отправился с семьёй на отдых в Катскиллские горы, и прочитал её, объёмом около 1000 страниц, – откровения о состоянии медицины. Ослер обнажил ограниченность современных медицинских знаний и практики. Гейтс узнал, что многие заболевания вызываются микробами, лишь очень немногие из которых были идентифицированы и изолированы, но многие из которых «мы можем обоснованно надеяться обнаружить».

*Отложив эту книгу, я начал осознавать, насколько во всех цивилизованных странах, и, пожалуй, больше всего в нашей стране, пренебрегалось научными исследованиями в области медицины. Я также ясно понимал, почему это так. Во-первых, исследовательские инструменты, микроскоп, химия, появились лишь недавно. Пастеровская микробная теория болезней появилась совсем недавно. Более того, в то время как другие научные дисциплины – астрономия, химия, физика и т.д. – щедро финансировались в колледжах и университетах по всему цивилизованному миру, медицина, благодаря особой коммерческой организации медицинских колледжей, почти никогда не получала финансирования, а исследования и преподавание были предоставлены сами себе, полностью полагаясь на случай, который практикующий врач мог украсть из своей практики. Мне стало ясно, что медицина вряд ли может надеяться стать наукой, пока она не получит достаточного финансирования, а квалифицированные специалисты не смогут непрерывно заниматься учёбой и исследованиями, получая приличную зарплату и полностью независя от практики. С этой целью мне казалось целесообразным создать в Соединенных Штатах Институт медицинских исследований.*

В июле Гейтс вернулся в свой кабинет в здании «Стандард Ойл» с «моим Ослером» в руке и продиктовал Рокфеллеру меморандум. Он изложил свои выводы о трагическом состоянии медицины в Соединённых Штатах и её огромном потенциале. Он указал на полезность Института Коха в Берлине и Института Пастера в Париже. В поддержку своей рекомендации создания американского института Гейтс объяснил Рокфеллеру, что открытия Пастера в области сибирской язвы и болезней брожения «сэкономили французскому народу сумму, превышающую все расходы на франко-германскую войну». Он также настаивал на том, что институт, основанный Рокфеллером, побудит других состоятельных мужчин и женщин создавать и финансировать другие исследовательские центры, а совокупные усилия принесут «огромные плоды».

Хотя меморандум Рокфеллеру не привёл к немедленным

действиям, он всё же предоставил спустя шесть месяцев внятное обоснование для противодействия присоединению медицинского колледжа Раша к Чикагскому университету, в то время самому дорогому и крупному филантропическому фонду Рокфеллера. Раш был уважаемым учебным заведением для рядовых членов профессиональной организации, последователем научного авангарда, но не входящим в его число. Гейтс заручился поддержкой Рокфеллера, написав письмо, в котором настоятельно призывал администрацию университета отказаться от Раша и предложить им вместо этого новый медицинский центр, «великолепно оснащённый, посвящённый в первую очередь исследованиям, превращающий саму практику в процесс исследования». По какой-то причине, вероятно, связанной с влиянием в Чикаго богатых и влиятельных в социальном и политическом плане практикующих преподавателей Раша, этот брак всё равно состоялся. Чикаго потерял свой шанс на создание предлагаемого института. Так родилась и была спасена от тисков медицинского сектантства идея Гейтса об институте.

Предложение Гейтса было тщательно рассмотрено в течение 1899 и 1900 годов. Гейтс и Рокфеллер-младший, который присоединился к штату филантропов в 1897 году, наняли Старра Дж. Мерфи, друга-юриста и соседа Гейтса из Монклера, штат Нью-Джерси, для изучения европейских институтов и консультаций с ведущими медицинскими исследователями в этой стране. Л. Эмметт Холт, педиатр нескольких внуков Стариора и прихожанин баптистской церкви на Пятой авеню в Нью-Йорке, где учился Рокфеллер-младший, впечатлил его широкими и фундаментальными биологическими исследованиями, которые привели к недавнему открытию дифтерийного антитоксина. Что необходимо для решения других важных проблем в медицине, сказал он младшему Рокфеллеру, «так это люди и ресурсы, которые можно было бы посвятить исключительно исследовательской работе»[223].

Наконец, в декабре 1900 года Джон Рокфеллер Маккормик, трёхлетний внук Рокфеллера, заболел скарлатиной. На второй день Нового года он умер. Все сомнения старика, приверженца гомеопатии, по поводу финансирования научных медицинских исследований были развеяны, когда уважаемые нью-йоркские врачи заявили ему, что они мало знают о причине скарлатины и не имеют от неё лекарства[224].

Гейтс и Рокфеллеры также были обеспокоены конкуренцией за предполагаемый ими институт. Конкурирующий исследовательский институт Эндрю Карнеги, получивший в 1902 году 10 миллионов долларов под названием «Вашингтонский институт Карнеги», в то время находился на стадии планирования. Рокфеллер-младший был настолько

[223] Корнер, «Институт Рокфеллера», стр. 30; и письмо Л. Эммета Холта, цитируемое в неопубликованной истории Института Рокфеллера, написанной Т. Митчеллом Прадденом .
[224] Корнер, «Институт Рокфеллера», стр. 30-31.

обеспокоен конкуренцией, что вырвал у стального короля соглашение о том, что его учреждение не будет заниматься медицинскими исследованиями. В то же время Генри Фиппс основывал в Филадельфии институт по изучению туберкулеза. Конкуренция ударила по дому, когда дочь Рокфеллера Эдит и зять Гарольд Ф. Маккормик представили свои планы по созданию в Чикаго Мемориального института инфекционных заболеваний имени Джона Рокфеллера Маккормика, который будет посвящен их сыну[225].

К марту 1901 года Рокфеллер взял на себя обязательство финансировать институт, задуманный Гейтсом. Рокфеллеровский институт медицинских исследований начал свою работу, выделяя 20 000 долларов в год на гранты медицинским исследователям, а вскоре после этого получил от Рокфеллера пожертвование в размере 1 миллиона долларов. В совет директоров вошли врачи, включая Холта и Уэлча, специализирующиеся на патологоанатомических исследованиях и занимающиеся бактериологическими исследованиями, а также доктор Саймон Флекснер в качестве исполнительного директора.

Более двух лет Гейтс становился все более нетерпеливым, поскольку «медицинские господа» ограничивались поддержкой небольших исследовательских проектов по всей стране[226]. Наконец, осенью 1904 года совет открыл свои первые лаборатории и начал собственную программу медицинских исследований. В ноябре 1907 года Рокфеллер предоставил институту дополнительный эндаумент, но удержал половину из 6 миллионов долларов, запрошенных директорами. Наконец, в октябре 1910 года, после реорганизации института — сокращения роли совета директоров до Совета научных директоров и создания нового совета попечителей с Гейтсом в качестве председателя — Рокфеллер увеличил фонд института, обеспечив его ежегодным доходом от инвестиций в размере 6,4 миллиона долларов. К 1920 году Рокфеллеры дали институту 23 миллиона долларов, а к 1928 году около 65 миллионов долларов[227].

Институт был организован независимо от какого-либо университета, прежде всего, из соображений эффективности и во избежание конфликта с приверженностью Сениора гомеопатии. Во-первых, Гейтс и Рокфеллер-младший хотели, чтобы институт был свободен от какого-либо давления со стороны преподавателей. Целью института было достижение результатов в области медицины для снижения заболеваемости в обществе, и было бы бессмысленным перераспределять ресурсы, привлекая исследователей к

[225] Там же, стр. 51-52

[226] Фредерик Т. Гейтс, «Автобиография», неопубликованная рукопись , 1928, стр. 387–388, собрание Гейтса, архив Фонда Рокфеллера; и Корнер, Институт Рокфеллера, стр. 49

[227] Корнер, «Институт Рокфеллера», стр. 68

преподавательской деятельности[228].

Во-вторых, горстка научных медицинских школ, номинально стоявших выше медицинского сектантства, была территорией элиты официальной профессии. Рокфеллер-старший, всю жизнь преданный гомеопатии, возражал против любых действий, которые могли бы усилить позицию официальной профессии в её конфликте с гомеопатами. Несомненно, именно поэтому Рокфеллер в 1898 году поддержал возражения Гейтса против союза между Чикагским университетом и Медицинским колледжем Раша, порождением официальной профессии и противником гомеопатии. Колумбийский университет и Гарвардский университет некоторое время рассматривались в качестве получателей института, но они были элитными официальными медицинскими школами. Хотя ни Гейтс, ни младший не восприняли опасения старика всерьёз, им приходилось избегать провокационных возражений, которые он утверждал, что они лишь поддерживают одну, неправильную сторону в этом конфликте. Учитывая пример независимого Института Пастера, эффективность чисто исследовательского института как их главная забота и желание смягчить враждебность Сениора к обычным школам, Гейтс и Рокфеллер-младший согласились исключить любую связь своего проекта с университетами[229].

## ГОМЕОПАТИЯ: ТУШЕНИЕ КОНФЛИКТА

Конфликт вокруг гомеопатии продолжался несколько лет. Он служит ярким примером того, как работают филантропические фонды Рокфеллера, и указывает на идеологическое различие между «баронами-разбойниками» вроде Сениора, создавшими огромные промышленные империи, и следующим поколением корпоративных капиталистов, управлявших этими операциями.

Рокфеллер продолжал выражать свою обеспокоенность тем, что внутри института, а позднее и в рамках его филантропической поддержки медицинского образования, его деньги использовались для поддержки обычной профессии за счёт гомеопатов. «Я гомеопат», — ругал он своих сотрудников в 1916 году. «Я хочу, чтобы к гомеопатам относились справедливо, вежливо и либерально во всех медицинских учреждениях, которым мы делаем пожертвования»[230]. В 1919 году, когда он рассматривал пожертвование в размере 45 миллионов долларов своему Совету по общему образованию на поддержку медицинского образования, Рокфеллер снова предупредил своего сына и сотрудников:

[228] Там же, стр. 39-40
[229] Там же, стр. 40-41
[230] Письмо Джона Д. Рокфеллера Старру Дж. Мерфи, 29 декабря 1916 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

«Гомеопатическое обучение не должно быть исключено... оно должно быть предусмотрено, так же как и аллопатическое»[231] [232].

Его сын и его сотрудники твёрдо и неоднократно объясняли, что «научная медицина сделала устаревшими прежние различия между так называемыми гомеопатическими и так называемыми обычными, или аллопатическими, школами»[233]. Новая медицина свободна от догм, свободна от ценностей. Она представляет собой не «предвзятые представления» о мире, а лишь «установленные факты»[234]. Медицинская наука лишена «медицинских догм любого рода»[235].

Более того, поскольку гомеопатия и обычные школы «постоянно сближаются», — писал старику доверенный советник, — «дискриминация, которая раньше практиковалась в отношении гомеопатов, постоянно уменьшается». Саймон Флекснер заверил, что в Институте Рокфеллера «они не делают различий и приветствуют в своих рядах квалифицированных специалистов независимо от школы, в которой они прошли обучение»[236].

То, что Джон Д. Рокфеллер лично покровительствовал гомеопату, может показаться удивительным. Однако и Рокфеллер, и гомеопатия были порождениями XIX века. С середины XIX века гомеопатия в Соединённых Штатах привлекала преимущественно высшие слои общества. Она была безопаснее, чем героические методы лечения в обычной медицине, и считалась признаком богатства и хорошего вкуса, будучи очень модной среди европейской знати и высшего класса, которым во многом подражали богатые американцы[237]. Рокфеллер, которому на момент начала Гражданской войны было двадцать два года, вырос, веря в то, что гомеопатия востребована с медицинской и социальной точки зрения.

Более того, хотя Рокфеллер и использовал химиков и инженеров для развития своей империи Standard Oil, его главными козырями были необузданное амбициозное честолюбие и интуитивное, тонкое чувство возможностей и организации. Он сколотил крупнейшее состояние среди

[231] «Аллопатический» — ещё один термин для обозначения регулярной, или ортодоксальной, секты медицинской профессии.
[232] Письмо Джона Д. Рокфеллера Старру Дж. Мерфи, 1 июля 1919 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2
[233] Старр Дж. Мерфи — Джону Д. Рокфеллеру, 8 июля 1919 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2
[234] Письмо Фредерика Т. Гейтса Джону Д. Рокфеллеру, 20 января 1911 г., собрание Гейтса. Архив Фонда Рокфеллера.
[235] Письмо Джона Д. Рокфеллера-младшего Старру Дж. Мерфи, 5 июля 1919 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2
[236] Старр Дж. Мерфи Джону Д. Рокфеллеру, 2 января 1917 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2
[237] Уильям Г. Ротштейн, «Американские врачи в девятнадцатом веке» (Балтимор: Johns Hopkins University Press, 1972), стр. 159-60, 234-39

всех «баронов-разбойников», платя своим рабочим минимально возможную зарплату и применяя безжалостные методы на рынке, получая огромные скидки от железных дорог за свои поставки и снижая цены на нефтепродукты, чтобы вытеснить конкурентов. Он не полностью разделял мнение своего сына и его последующих менеджеров о важности науки в развитии базы промышленного капитализма.

Уйдя на пенсию и посвятив себя раздаче своего состояния, Рокфеллер обычно предоставлял полную свободу действий Гейтсу и его сыну. Он знал, что его доверенные лица разделяют его осторожность в распоряжении состоянием. В рамках своих филантропических проектов он обладал деньгами, но не брал на себя полномочия определять политику. Ему казалось достаточным, что его имя больше не было объектом для критики, а скорее для благодарности. За исключением редких вопросов, молчаливого рассмотрения просьб своих советников о миллионах долларов и возражений против лечения у гомеопатов, Рокфеллер-старший оставил управление своими филантропическими делами и своей финансовой империей Гейтсу и его сыну.

Хотя Гейтс и Рокфеллер-младший работали вместе, разрабатывая программы и выпрашивая пожертвования у порой неохотно соглашающегося отца, сам Рокфеллер-младший признавал, что «Гейтс был блестящим мечтателем и творцом», а «я был продавцом, посредником между отцом и им в подходящий момент»[238]. К счастью для истории, Гейтс был плодовитым писателем своих идей, оставляя свои мысли в письмах Рокфеллеру-старшему, выступлениях в различных филантропических советах и служебных записках для себя и своих сотрудников. Учитывая его центральную роль в филантропии Рокфеллера и важность этой филантропии в развитии научной медицины, поучительно рассмотреть взгляды Гейтса на роль и последствия медицинской науки.

## НАУЧНАЯ МЕДИЦИНА И ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ КАПИТАЛИСТИЗМА

Гейтс, главный знахарь Рокфеллера, был привлечен к медицинской науке. Не призывы медицинской науки привлекали его внимание или его деньги. Он был, как и большинство образованных людей конца девятнадцатого века, смутно осведомлен о движении прогресса в медицине. Он знал о Пастере и микробной теории болезней. Он читал Ослера и понимал потенциал медицинской науки. Но он никогда не слышал о докторе Саймоне Флекснере или докторе Уильяме Х. Уэлче, и у него не было контактов с другими учеными-медиками, пока он не

[238] Цитируется по Рэймонду Б. Фосдику, Джону Д. Рокфеллеру-младшему, «Портрет» (Нью-Йорк: Harper and Bros., 1956), стр. 111–12.

инициировал медицинский институт. Тем не менее, он «разумно и ясно видел, что существует огромная потребность в медицинских исследованиях». Какие бы просьбы о финансировании медицинской науки ни попадали на стол Гейтса, ни одна из них не воспринималась всерьез до 1907 года, когда Университет Макгилла попросил помощи для замены двух зданий медицинской школы, которые были уничтожены пожаром[239].

Гейтс всегда был самостоятельной фигурой в медицинской филантропии. Его вдохновляли собственные представления о ценности медицины и собственные стратегии развития её роли в американском обществе. На него, безусловно, оказали влияние уважаемые им медики, прежде всего Саймон Флекснер и Уильям Уэлч, но это произошло потому, что их идеи и вклад соответствовали его планам преобразования медицины. Какими были его представления о роли и функциях научной медицины?

Можно допустить, что Гейтс руководствовался подлинно гуманными мотивами. Его забота о больных и умирающих в своём приходе в Миннеаполисе, несомненно, вызывала сочувствие к их страданиям. В последние годы жизни он ставил медицинскую науку выше всех других элементов истории. Никто, кроме медицины, «не сделал так много для развития всех сил цивилизации, для увеличения человеческого счастья и облегчения человеческих страданий»[240].

Характерно для Гейтса, что, перечисляя достижения медицинской науки, он ставит облегчение человеческих страданий после развития «сил цивилизации». Это не мелочная критика, поскольку Гейтс в первую очередь заботился о развитии и расширении англо-американской цивилизации. Что, по его мнению, должна была представлять собой цивилизация, станет ясно на следующих страницах, но по сути своей «цивилизация» означала ценности труда и дисциплинированного образа жизни, общественную жизнь, организованную вокруг производительного труда и бережливого потребления. «Цивилизация» также означала право и, по сути, обязанность богатых людей управлять обществом, а индустриальных обществ – руководить экономически менее развитыми обществами. Короче говоря, «цивилизация» в представлении Гейтса отождествлялась с промышленным капитализмом и империализмом.

Какую ценность представляла научная медицина для капитализма? Гейтс предвидел многочисленные материальные и социально-политические последствия, вытекающие из медицинской науки, в нескончаемом потоке поддержки капиталистического общества.

[239] Обращение Макгилла описано в книге Корнера, «Институт Рокфеллера», стр. 70-71.

[240] Гейтс, «Филантропия и цивилизация», 1923, коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

## Более здоровые работники

Материальное преимущество медицины – более здоровое население и, следовательно, более здоровая рабочая сила. То, что работа Пастера по сибирской язве сделала для французского скотоводства, медицинская наука может сделать для всего общества. Открытия медицинской науки оказались наиболее важными в применении к профилактике заболеваний. «Поддерживая хорошее самочувствие», – заметил Гейтс, – «человек наслаждается всеми возможностями, удовольствиями и финансовыми выгодами, которые приносит постоянное здоровье». С начала и до конца своей карьеры Гейтс настаивал на том, что «основной целью медицинской науки должно быть не лечение, а, прежде всего, профилактика заболеваний»[241].

Гейтс считал, что события подтверждают его точку зрения. В первой четверти двадцатого века «санитарная» наука и профилактическая медицина сократили заболеваемость вдвое, утверждал он, ссылаясь на отчёты Бюро переписи населения США о смертности, статистику страховых компаний и отчёты государственных и местных органов здравоохранения[242]. Хотя болезни по-прежнему оставались серьёзным препятствием для полного использования рабочей силы, натиск сил науки приносил свои плоды. Гейтс сослался на отчёт, согласно которому 20 процентов сотрудников крупных компаний ежедневно оставались дома из-за болезни, но, добавил он торжествующе, «я думаю, что даже такая высокая цифра намного ниже, чем у армий генерала Вашингтона»[243].

Гейтс был далеко не одинок в своих проповедях о потенциале медицины для капиталистов. Крупный бизнес, как заметил Гейтс в 1925 году, спонсировал программы профилактической медицины в больших масштабах, «потому что здоровье может быть прибыльным во многих отношениях»[244]. Здоровые работники приносят прибыль, поскольку они являются «человеческим капиталом» работодателя, который используется для производства востребованных товаров и услуг. Подобно тому, как капитал, вложенный в машины, нуждается в защите посредством адекватных программ технического обслуживания, так и человеческий капитал требует обслуживания и ремонта, что давно признано во многих контекстах.

[241] Гейтс, «Некоторые элементы эффективной системы научной медицины в Соединенных Штатах» (б), коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера.
[242] Гейтс, «Относительно частных пожертвований штатам и медицинской политики», меморандум в Совет по общему образованию, 26 февраля 1925 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера
[243] Гейтс, «Филантропия и цивилизация».
[244] Гейтс, «Частные пожертвования».

Южные рабовладельцы и их врачи рассматривали своих чернокожих рабов как капиталовложение, которое следовало спасти от инвалидности или смерти, когда это было возможно, что придавало правдоподобность мифу о патерналистском рабстве. В исследовании роли медицины на довоенном Юге Уолтер Фишер пришел к выводу, что главной причиной, по которой рабам предоставлялась медицинская помощь, были огромные экономические инвестиции, которые они представляли для рабовладельцев[245]. Каждый плантатор понимал, что «спасти свой капитал — значит спасти своих негров», — заметил доктор Ричард Арнольд, врач высшего класса из Саванны. Эгоистичный интерес класса рабовладельцев в сохранении своих инвестиций сделал южное рабство «единственным институтом, в котором интересы и гуманность идут рука об руку» - иронично добавил Доктор Арнольд[246].

Не только расизм и рабство способствовали «патерналистскому» эгоизму. Санитарная комиссия США, созданная в 1861 году для оказания медицинской помощи солдатам Союза на полях сражений Юга, по её собственным словам, не была гуманитарным предприятием. Управляемая богатыми выходцами с Востока, комиссия заявила, что «её конечная цель — не гуманность и не благотворительность. Она заключается в экономии жизни и сил солдата для национальной службы». Комиссия подсчитала, что спасение жизни солдата снижало финансовые затраты на войну и сохраняло солдата как «производителя», когда он «возвращался к производственным занятиям гражданской жизни». Жизнь каждого солдата стоила обществу «не менее тысячи долларов»[247].

В связи с быстрым развитием промышленной базы в США во время и после Гражданской войны работодатели во многих отраслях рассматривали своих рабочих как расходный материал. В частности, с ростом механизации промышленного производства, снижением спроса на квалифицированных рабочих и неограниченным потоком отчаявшихся иммигрантов, рабочая сила превратилась в море мужчин и женщин, которых работодатели по мере необходимости подбирали, а затем выбрасывали. Рабочих, получивших увечья, погибших или просто изнуренных работой, заменяли безработными.

По мере того, как численность безработных сокращалась с началом войны или экономическим подъёмом, по мере того как трудящиеся организовывались для изменения условий труда и оплаты труда, а работодатели обнаруживали, что производственные потери из-за

[245] Уолтер Фишер, «Врачи и рабство в Южном медицинском журнале довоенного периода», Журнал истории медицины и смежных наук, 23 (1968), 36-49
[246] Там же, 37
[247] Цитируется в книге Джорджа М. Фредериксона « Внутренняя гражданская война: интеллектуалы Севера и кризис Союза» (Нью-Йорк: Harper and Row, 1965), стр. 102–104. Благодарю Майкла Коэна за то, что он обратил моё внимание на эту главу.

болезней и высокой текучести кадров приводят к потере прибыли, просвещённые предприниматели вырабатывали новое отношение к своим работникам. Улучшение условий труда и программ здравоохранения и социального обеспечения было обусловлено не заботой о нуждах рабочих. Скорее, эти реформы проистекали из профсоюзного движения и политической организации рабочих, а также из противодействия работодателей необходимости дисциплинировать рабочую силу в соответствии с требованиями капиталистического производства. Фирма, улучшавшая условия труда, сокращала количество рабочих дней, потерянных на забастовках. Фирма, которая прилагала усилия для сохранения своих работников, получала прибыль от своих капиталовложений. Фирма, предлагавшая служебное жильё, акции и медицинское обслуживание, усиливала зависимость рабочих от компании и снижала угрозу профсоюзного объединения. И в начале XX века, вплоть до Первой мировой войны, отрасли, действовавшие добровольно, могли снизить риск принятия ограничительного законодательства, требуемого прогрессивистами. Ещё в 1892 году, после кровавой забастовки в Хоумстеде, Эндрю Карнеги сформулировал более примирительную политику в отношении своих рабочих, чтобы предотвратить потерю опытных рабочих, хотя мало доказательств того, что он или его компания следовали этой политике. «Невозможно, — сказал он, — заставить новых людей успешно управлять сложным оборудованием современного сталелитейного завода»[248]. Стабильность рабочей силы стала важным элементом стратегий производительности и прибыли современных отраслей промышленности. «Сохранение жизни и здоровья — выгодное дело», — заметил Джон Топпинг из Republic Steel, поскольку таким образом «обеспечивается один из важнейших пунктов экономии в производстве»[249].

Промышленники, выдержавшие рыночные условия и ставшие одними из монополистических лидеров своей отрасли, обладали капиталом и дальновидностью, чтобы предотвратить создание профсоюзов и стабилизировать рабочую силу с помощью программ здравоохранения и социального обеспечения. Сталелитейные, железнодорожные, нефтяные и другие компании создали комплексные системы медицинского обслуживания для своих работников, нанимая врачей или заключая с ними контракты, а также открывая аптеки и

[248] Карнеги цитирует себя в «Автобиографии Эндрю Карнеги» (Бостон: Houghton Mifflin Co., 1920), стр. 231

[249] Цитируется в превосходном исследовании Дэвида Броди об условиях труда, организации труда и работодателях «Сталевары в Америке: эпоха отсутствия профсоюзов» (Нью-Йорк: Harper and Row, 1969; первоначально опубликовано в 1960 г.), стр. 178. См. также Стюарт Д. Брандес , «Американский капитализм всеобщего благосостояния, 1880–1940» (Чикаго: University of Chicago Press, 1976).

больницы.

Усилия рабовладельцев и Санитарной комиссии США по сохранению жизней путём лечения болезней были направлены на сохранение человеческого капитала: первый «принадлежал» отдельному человеку, а второй приносил прибыль целому классу. Медицинские программы отдельных корпораций были направлены скорее на подрыв профсоюзного движения и стабилизацию их собственных трудовых ресурсов, рассматривая улучшение здоровья как дополнительное преимущество, а не как главную цель. Таким образом, рабовладельцы и промышленные корпорации демонстрировали просвещённый эгоизм, в то время как санитарные комиссары из высшего класса демонстрировали более дальновидный план инвестирования в рабочую силу всего общества. Последний представляет собой выраженный интерес целого класса — интерес класса капиталистов в стабильной и здоровой рабочей силе.

Фредерик Т. Гейтс последовательно формулировал эту более широкую перспективу и формировал вокруг неё свои филантропические программы. Он понимал важность здоровой рабочей силы для роста капитала и промышленного производства. Рокфеллеровская санитарная комиссия, организованная Гейтсом в 1909 году, стремилась искоренить анкилостомоз среди населения юга США. Чарльз Уорделл Стайлз, правительственный зоолог, убедил Гейтса и Рокфеллера-младшего, что анкилостомоз является «одним из самых серьёзных заболеваний Юга» и причиной «некоторой пресловутой лени беднейших слоёв белого населения». Как бы ни были истинны чувства гордости Рокфеллеров и Гейтса, облегчивших страдания тысяч южан, их главным стимулом, очевидно, было повышение производительности труда рабочих, избавившихся от эндемичного паразита. Гейтс заметил, что акции хлопчатобумажных фабрик, расположенных в сильно заражённых округах Тайдуотер в Северной Каролине, стоили меньше, чем акции фабрик в других округах штата, где было инфицировано меньше людей. «Это происходит», — объяснил он Рокфеллеру-старшему, — «из-за неэффективности труда на этих хлопчатобумажных фабриках, а неэффективность труда — из-за заражения анкилостомой, которая ослабляет рабочих». Гейтс подсчитал: «По фактическим подсчётам, для достижения тех же результатов в округах, где заражение сильнее, требуется примерно на 25 процентов больше рабочих». Также для рабочих требуется на 25 процентов больше жилья, больше оборудования, а значит, больше капитала и выше эксплуатационные расходы. «Вот почему запасы на таких фабриках ниже, а прибыль меньше»[250].

[250] Фредерик Т. Гейтс Джону Д. Рокфеллеру, 12 декабря 1910 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2. См. также Э. Ричард Браун, «Общественное здравоохранение в империализме: ранние программы Рокфеллера дома и за рубежом», American Journal of Public Health, 66 (1976), 897–903; Грир Уильямс,

Рокфеллеры не вкладывали значительных средств в текстильные фабрики Юга. Напротив, их обширные и широкомасштабные инвестиции вызывали у них беспокойство о производительности всей экономики. Санитарная комиссия была логическим продолжением их образовательных программ на Юге (обсуждавшихся в главе 1), направленных в конечном итоге на интеграцию экономики Юга в национальное господство капиталистов Севера.

Благодаря Международной комиссии по здравоохранению — первой программе Фонда Рокфеллера, основанной в 1913 году, — программы борьбы с анкилостомой и другие программы общественного здравоохранения были расширены по всему миру. Ни одна из этих программ не была направлена на поддержку конкретных инвестиций Рокфеллера за рубежом. Они были направлены в более общем плане на улучшение здоровья рабочей силы каждой страны для содействия достаточному экономическому развитию, чтобы обеспечить Соединенные Штаты необходимым сырьем и адекватным рынком для промышленных товаров этой страны. Стейси Мэй, экономист и директор контролируемой Рокфеллером международной инвестиционной корпорации, недавно подтвердил ценность таких программ. «Там, где массовые заболевания взяты под контроль, производительность, как правило, растет — за счет увеличения доли взрослых работников в общей численности населения, и за счет повышения их силы и амбиций в работе», — заметил он[251].

Каждая из этих программ восходит к общей заботе Гейтса и Рокфеллеров о постоянной экономической и социальной жизнеспособности капиталистического общества. Гейтс рассматривал общественное здравоохранение в более широком контексте капиталистического класса, чем, пожалуй, любая другая важная фигура в различных движениях за реформу медицины того периода. Хотя его взгляды на взаимосвязь здравоохранения и капитализма были более полными, чем у других капиталистов его эпохи, он был не одинок в том, что подчёркивал важность подобных программ.

Американская ассоциация трудового законодательства, альянс прогрессивной эпохи, объединяющий корпоративно-либеральных

«Убийцы чумы» (Нью-Йорк: Charles Scribner's Sons, 1969); Мэри Боккаччо, «Зуд и яд росы: Санитарная комиссия Рокфеллера, 1909–1914», Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 27 (1972), 30–53; и Джеймс Х. Кэссиди , ««Микроб лени» на Юге, 1900–1915: Чарльз Уорделл Стайлз и прогрессивный парадокс», Бюллетень истории медицины, 45 (1971), 159–69

[251] Мэй цитируется в книге «Здоровье тропиков — отчёт об исследовании потребностей и ресурсов» (Вашингтон, округ Колумбия: Национальная академия наук, Национальный исследовательский совет, публикация № 996, 1962), стр. vii–viii. См. также Браун, «Общественное здравоохранение в условиях империализма», и Уильямс, « Убийцы чумы».

лидеров бизнеса, некоторых лидеров профсоюзов и реформаторов из числа высшего среднего класса, добилась поддержки бизнеса в отношении своего предложения об обязательном национальном медицинском страховании, главным образом, основываясь на эгоизме работодателей. «Болезни и травмы приводят к значительным экономическим потерям как для компании, так и для сотрудников из-за потери рабочего времени, простоя оборудования и неэффективной работы», — сообщал Хауэлл Чейни из шелковой фабрики братьев Чейни. «Как компания, так и отдельные работники напрямую заинтересованы в восстановлении здоровья и, следовательно, производительности труда, создавая наилучшие условия для выздоровления»[252].

Комитет Национальной ассоциации производителей по улучшению производства поддержал обязательное страхование по болезни в противовес добровольным системам, главным образом, потому что они придавали большое значение здоровью рабочей силы. «Мы знаем, что есть работодатели, которые не будут придерживаться добровольного плана», — предупредил комитет NAM. Даже президент корпорации, видящий долгосрочные преимущества «просвещённых» трудовых отношений, может слепо поддаться идее максимизации прибыли в этом году. По их мнению, это достаточно важный вопрос, и государство должно «подчинить независимость личности общему благу»[253].

Это не было главной заботой о сохранении человеческой жизни, которая привела корпоративных либералов Америки в эпоху Прогресса к поддержке обязательного медицинского страхования. От Бисмарка и Консервативной партии в Англии до Американской ассоциации трудового законодательства и Национальной гражданской федерации, дальновидные лидеры корпоративного капитализма считали, что спонсируемое государством страхование по болезни, компенсации работникам и другие меры социального обеспечения снизят привлекательность радикальных рабочих и социалистических движений[254]. Надеясь деполитизировать недовольство рабочих своей участью, лидеры корпораций присоединились к реформаторам, призывая к таким умеренным реформам. Несмотря на это целесообразное применение программ медицинской помощи, руководители многих корпораций, а также консервативной Национальной ассоциации производителей считали, что медицинское

[252] Цитируется в «Современном американском мнении в пользу медицинского страхования», American Labour Legislation Review, 6 (1916), 347

[253] Цитируется там же, 345

[254] Об истории европейских программ медицинского страхования см. книгу Мэтью Дж. Линча и Стэнли С. Рафаэля «Медицина и государство» (Спрингфилд, Иллинойс: Charles C. Thomas, 1963). О социальных реформах прогрессивизма см. книгу Джеймса Вайнштейна «Корпоративный идеал в либеральном государстве, 1900–1918» (Бостон: Beacon Press, 1968).

обслуживание, если его распространить на все население, существенно улучшит здоровье рабочих и их семей, включая будущих работников.

Разделяя беспокойство бизнес-класса, авангард научной медицины считал экономические выгоды медицины одним из ее наиболее важных эффектов. Узкий взгляд преобладал в мышлении врачей, работающих в программах здравоохранения конкретной компании. Ч. У. Хопкинс, главный хирург Чикагской и Северо-Западной железной дороги, заявил на ежегодном собрании Американской академии медицины в 1915 году, что железнодорожники сочли экономически целесообразным организовывать программы медицинского обслуживания, поскольку обучение сотрудника обходилось им в 500 долларов, а опытные и здоровые работники играли важную роль в снижении числа несчастных случаев, в результате которых травмируются пассажиры и уничтожается имущество. «Сейчас среди руководства железных дорог общепризнанным фактом является то, — сообщал доктор Хопкинс, — что забота о больных и травмированных работниках так же важна, как и поддержание определенного уровня эффективности или совершенства подвижного состава и дорожного полотна»[255].

Более широкие взгляды на материальную значимость медицины для общества определяли стратегии людей, возглавлявших движение за реформу медицины в элитных университетах и на национальном уровне. Чарльз У. Элиот, президент Гарварда, начавший масштабные медицинские реформы в 1869 году, считал медицинские исследования одновременно фундаментальными и прикладными. На церемонии открытия лабораторий Рокфеллеровского института в 1906 году Элиот охарактеризовал главную цель исследовательской медицины как стремление к «истине в абстрактном», а её второстепенные цели – как предотвращение «промышленных потерь из-за болезней и преждевременной смерти людей и домашних животных», а также уменьшение негативного влияния болезней на человеческое счастье[256].

Уильям Х. Уэлч на той же церемонии с гордостью заявил, что научная медицина сделала возможными «великую промышленную деятельность современной эпохи, усилия по колонизации и возвращению цивилизации обширных тропических регионов, и грандиозное предприятие по строительству Панамского канала»[257]. В

[255] CW Hopkins, «Организация больниц на железнодорожных системах», в книге «Медицина: помощь в торговле», доклад с 40-го ежегодного собрания Американской академии медицины, Сан-Франциско, 25–28 июня 1915 г. (Истон, Пенсильвания: Американская академия медицины, 1916 г.), стр. 149–152

[256] Чарльз У. Элиот, «Качества научного исследователя», в выступлениях на открытии лабораторий в Нью-Йорке 11 мая 1906 г. (Нью-Йорк: Рокфеллеровский институт медицинских исследований, 1906 г.), стр. 49

[257] У. Х. Уэлч , «Преимущества фонда медицинских исследований», в сборнике «Адреса» (Институт Рокфеллера), стр. 32

большинстве своём врачи-академики довольствовались поддержкой применения медицинской науки, заложенной филантропами, чьи программы финансирования направляли развитие и использование результатов исследований. Таким образом, медицинская профессия приняла капиталистическое определение здоровья как способности к труду.

## ИДЕОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. МИРОВОЗЗРЕНИЕ ПРОМЫШЛЕННИКА

Для филантропа и капиталиста Гейтса материальные последствия медицинской науки были лишь одним из её преимуществ. Более того, Гейтс уделял больше внимания другим преимуществам, которые его интриговали. Вероятно, больше, чем кто-либо из его современников, Гейтс осознавал и понимал идеологические функции медицины. Некоторые из его размышлений неявно отражали связь между научной медициной и идеологией индустриального капитализма. Наиболее систематизированные его размышления касались социальной ценности медицинской науки как идеологии и как культурной силы.

Представители любого общества или социального класса, существование которых тесно связано с индустриализацией, найдут объяснения здоровья и болезней, предлагаемые научной медициной, более привлекательными, чем мистические системы верований. Точный анализ человеческого тела на его составные части аналогичен промышленной организации производства. С точки зрения промышленника, научная медицина, по-видимому, предлагает безграничный потенциал эффективности, который наука и технологии предоставляют производству и социальной организации. Подобно тому, как промышленность зависит от науки в плане технически мощных промышленных инструментов, научная медицина и её механистические концепции тела и болезни должны предоставить мощные инструменты для выявления, устранения и предотвращения возбудителей болезней, а также для коррекции нарушений в организме.

Гейтс и другие промышленные капиталисты обнаружили тесное соответствие между концепциями тела и болезни, принятыми в этой новой медицине, и их собственным мировоззрением. Тело, по мнению Гейтса, — это микрокосм общества, а болезнь — это вторжение внешних факторов. Медицинские исследования должны обнаружить возбудителей болезней и найти способы предотвращения их разрушения тела или предложить лекарство. Здоровье, по мнению Гейтса, — это отсутствие болезни.

«Почти все болезни», — объяснил Гейтс Рокфеллеру [258],

[258] Гейтс, «Заметки о гомеопатии, № 3», написанные в качестве служебной записки

*вызываются живыми микробами, животными и растительными, которые, попадая в организм человека, при благоприятных условиях размножаются с огромной скоростью, пока не начинают мешать функциям органов, которые они атакуют, и либо они сами, либо продукты их жизнедеятельности отравляют источники жизни.*

Методы исцеления, применяемые природой, поразительно схожи с организацией индустриального общества.

*Когда, например, кожу режут ножом, природа тут же начинает отправлять к месту бедствия эскадроны белых кровяных телец и других целительных сил. Подобно тому, как пожарные машины со всех сторон устремляются к месту пожара по сигналу тревоги, целительные силы устремляются из каждой части тела к месту бедствия: одни – чтобы уничтожить ядовитые микробы, которые могли попасть в рану, другие – чтобы срастить поражённые части, как прежде.*

Тело, в котором действует природа, устроено подобно лилипутскому сообществу, с современной социальной организацией и промышленными предприятиями.

*Тело имеет сеть изолированных нервов, подобно телефонным проводам, которые мгновенно передают сигналы тревоги при любой опасности. Тело снабжено сложнейшей полицейской системой с сотнями полицейских участков, куда полиция доставляет преступников и сажает их в тюрьму... Тело имеет сложнейшую и разветвлённую канализационную систему.*

Промышленная жизнь тела существует в

*бесконечном множестве микроскопических клеток. Каждая из этих клеток представляет собой небольшую химическую лабораторию, в которую постоянно поступает соответствующее сырье, процессы химического разделения и соединения происходят автоматически, и постоянно производится соответствующий готовый продукт, необходимый для жизни и здоровья организма. Более того, такие крупные органы тела, как печень, желудок, поджелудочная железа, почки, желчный пузырь, представляют собой крупные локальные производственные центры, состоящие из бесчисленных групп клеток, производящих одни и те же виды продукции, подобно тому, как отрасли промышленности одного вида часто группируются в определённых районах.*

«Мы созданы ужасающе и чудесно», – иронично заключает Гейтс, словно восхваляя некую новую машину, созданную по образу и подобию Божьему. Поскольку «природа – великий врач», её целительная сила скрыла несостоятельность всех донаучных и ненаучных форм медицины.

Рокфеллеру-старшему и одобрительно распространявшиеся в рамках благотворительных фондов Рокфеллера около 1911 года, коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера. Цитаты Гейтса на следующих нескольких страницах взяты из этой записки.

Выздоровление от болезней до появления научной медицины, как считал Гейтс, происходило исключительно благодаря целительной силе природы. Гомеопатические и ортодоксальные медицинские секты, христианская наука, экстрасенсы, остеопаты, индийские травники и знахари – все они выжили, провозглашая природные целительные средства своими.

Только наука была способна постичь природу. «Наука обнаружила лаборатории, где она хранила свои запасы, и отняла их у неё, чтобы использовать на людях». Во времена Гейтса исследователи-медики вели борьбу с болезнями на двух фронтах: «они пытаются проникнуть и вывести на свет ещё больше секретных процессов в лабораториях природы» и «они работают над созданием новых химических соединений, которые будут лечить».

Таким образом, Гейтс рассматривал человеческое тело как одну из загадок природы, которую должна исследовать и понимать наука. Его взгляд, разделяемый учёными-врачами, инженерами, специалистами всех мастей, а также большинством руководителей и владельцев компаний, представлял здоровье как отсутствие болезней, а медицину – как инженерную задачу. Наука помогала промышленности преобразовывать организацию производства, разрабатывая машины для контроля и удешевления человеческого труда, а также для более дешёвого извлечения из природы пригодного к продаже продукта. Наука также извлекала из природы секреты самой жизни, в то время как медицина применяла их для понимания болезней и разработки методов профилактики или лечения этих пороков жизни и бизнеса. Таким образом, улучшение здоровья населения было инженерной задачей, требующей понимания природы и манипулирования ею.

Взгляды Гейтса не сильно отличались от взглядов большинства учёных-медиков его времени. Хотя немногие напрямую применяли аналогию с индустриальным обществом, почти все рассматривали тело в механистических терминах, что делало такую аналогию естественной. Сходство между концепциями научной медицины и мировоззрением индустриального капитализма создавало впечатление, что новый порядок естественным образом поддерживал учёных-врачей против всех «шарлатанов». Медицинская профессия выигрывала от совместимости своих теорий с взглядами нового господствующего класса, но капиталистический общественный строй получил колоссальные идеологические и культурные преимущества.

## ИНДУСТРИАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА И КАПИТАЛИСТИЧЕСКАЯ ЛЕГИТИМАЦИЯ

Особый интерес научной медицины к микробиологическому взаимодействию человеческого организма и конкретным заболеваниям

имел политические последствия, которые предвидел Гейтс и некоторые другие. Вкратце, Гейтс рассматривал научную медицину как силу, которая должна: (1) способствовать объединению и интеграции зарождающегося индустриального общества с техническими ценностями и культурой, и (2) легитимировать капитализм, отвлекая внимание от структурных и других экологических причин заболеваний.

Гейтс и другие сотрудники фондов Рокфеллера считали, что медицина играет важную культурную роль. Гейтс считал, что цель медицины, «исцеляющее служение», — это «самая сокровенная, самая драгоценная, самая возвышенная забота каждого живущего человека». После еды, воды, сна и секса, свобода от болезней — величайшее желание всех людей. Стремление к здоровью — объединяющая сила, «чьи ценности идут во дворец богатых и в лачугу бедных». Медицина — это «работа, которая проникает повсюду». Таким образом, «ценности медицинских исследований — самые универсальные ценности на земле, и они — самые сокровенные и важные ценности для каждого живущего человека»[259].

Благодаря уникальному принятию медицины всеми людьми, Фонд Рокфеллера обнаружил то, что знали и миссионеры: медицину можно использовать для обращения в веру и колонизации язычников. В 1909 году благотворительные фонды Рокфеллера добавили программы общественного здравоохранения к своим прежним усилиям по развитию государственных школ и продвижению демонстрационных сельскохозяйственных проектов на Юге, отчасти потому, что медицинская помощь так привлекательна даже для самых нерешительных людей.

В Китае Гейтс переключился с поддержки религиозных миссионеров на создание западной медицинской системы. Этот эпизод интересен как тем, насколько большую ценность Гейтс, будучи человеком в церковном облачении, придавал научной медицине для продвижения западного влияния, так и тем, что он сам приписывал филантропии Рокфеллера за рубежом откровенно империалистические мотивы. В 1905 году Гейтс призвал Рокфеллера, часто жертвовавшего средства баптистским миссионерам, пожертвовать 100 000 долларов организации конгрегационалистских миссий[260]. «Впервые в истории мира, — объяснил Гейтс Рокфеллеру, —

*Все нации и все острова в море фактически открыты и предлагают свободное поле для света и филантропии англоязычных людей ... Христианские организации в целом очень основательно вторглись на все побережья, во все стратегические пункты, во все порты въезда и прочно*

[259] Гейтс, «Выступление по случаю десятой годовщины Института Рокфеллера», 1911 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

[260] Ф.Т. Гейтс — Дж.Д. Рокфеллеру, 31 января 1905 г., журнал писем № 350, архив семьи Рокфеллеров, группа записей 1

*укрепились там, где они находятся.*

По мнению Гейтса, превращение язычников в богобоязненных христиан не является «каким-либо мерилом» ценности миссионеров:

*Не говоря уже о количестве обращенных, одни только коммерческие результаты миссионерской деятельности на нашей собственной земле стоят, я бы сказал, почти в тысячу раз больше, чем ежегодно тратится на миссии... Миссионерская деятельность, рассматриваемая исключительно с коммерческой точки зрения, чрезвычайно прибыльна. С точки зрения средств существования для американцев, наша импортная торговля, прослеживаемая главным образом через каналы связи, открытые миссионерами, огромна. Импорт из языческих стран дёшево снабжает нас многими предметами роскоши и немалыми удобствами, а также многими вещами, которые мы теперь считаем предметами первой необходимости.*

Однако промышленному капитализму требовались не только сырьё и дешёвые продукты. Ему также нужны были новые рынки сбыта для обилия промышленных товаров. Гейтс добавил к чуткому уху Рокфеллера:

*Наш импорт уравновешивается экспортом в эти же страны американских товаров. Наш экспорт растёт стремительными темпами. Такой рост был бы совершенно невозможен без коммерческого завоевания чужих земель под руководством миссионеров. Какое благо для отечественной промышленности и производства!*

Миссионерская деятельность в Китае какое-то время эффективно подрывала самоопределение китайцев. Миссионеры были бархатной перчаткой империализма, часто подкреплённой железным кулаком. Тем не менее, миссионерская деятельность, продвигаемая через школы и медицинские программы, всё ещё была весьма очевидной попыткой поддержать европейские и американские интересы. Как отмечал в то время английский экономист Дж. А. Гобсон, «империализм на Дальнем Востоке практически лишён всех мотивов и методов, кроме тех, которые имеют исключительно коммерческое происхождение»[261].

В Китае, как и во всем мире, филантропы Рокфеллера вскоре пришли к выводу, что медицина и общественное здравоохранение сами по себе гораздо эффективнее миссионеров и армий в достижении тех же целей. Фонд Рокфеллера вывел Пекинский объединённый медицинский колледж из-под контроля миссионерского общества, перевёл его под управление фонда и превратил в полностью светский, всемирно известный медицинский центр, потратив в общей сложности 45 миллионов долларов на китайскую медицинскую программу.

На Филиппинах Международная комиссия по здравоохранению

[261] Дж. А. Гобсон, «Империализм» (Лондон: George Allen & Unwin, 1938: первоначально опубликовано в 1902 году).

фонда оснастила госпитальное судно для оказания медицинской помощи и распространения «блага цивилизации» среди мятежных племен моро. Руководство фонда было в восторге от того, что такая медицинская работа позволила «врачам и медсестрам безопасно посещать многие места, к которым солдатам приближаться было крайне опасно». Их медицинская деятельность проложила «путь к созданию ремесленных и обычных школ» и послужила «ключом для постоянного цивилизационного влияния»[262]. Таким образом, по словам президента фонда Джорджа Винсента, в деле покорения первобытных народов и установления с ними желаемых колониальных отношений медицинская помощь имеет «некоторые преимущества перед пулемётами»[263].

Учитывая откровенно империалистические амбиции Соединённых Штатов в начале этого века, филантропы Рокфеллера могли публично признать, что использовали медицину для интеграции инакомыслящих в индустриальное и капиталистическое общество. Их внутренние медицинские программы преследовали те же цели, хотя Гейтс и другие были гораздо более осторожны в своих высказываниях.

Медицина всё больше вытесняла религию в качестве внутреннего рычага общественного порядка. В образовании преподавание ценностей было очевидным, и попытки реформировать школы вызывали гневную реакцию со стороны общества, разделявшего классовое неравенство[264]. В 1914 году к нападкам Национальной ассоциации образования на фонды Карнеги и Рокфеллера присоединились многие газеты, осудившие эти фонды за попытки превратить «наши школы в фабрики по производству мужчин и женщин по спецификациям Рокфеллера и Карнеги»[265]. Медицина оказалась более коварной.

Для Гейтса тот факт, что медицина стала желанной заменой религии, был поистине интересным поворотом событий. Стоит напомнить, что Гейтс последовательно был баптистским священником, исполнительным секретарём Американского баптистского образовательного общества и главным помощником Рокфеллера, отвечая за благотворительность промышленника и значительную часть его финансовой империи. Как и другие представители управленческого звена, Гейтс отождествлял свои интересы и судьбу с интересами и

[262] Описано и процитировано в информационном бюллетене, издаваемом фондом в течение короткого времени, «Госпитальное судно для архипелага Сулу», Фонд Рокфеллера, 15 августа 1916 г., стр. 1, 14

[263] Джордж Э. Винсент, «Фонд Рокфеллера — обзор его военной работы, деятельности в области общественного здравоохранения и проектов медицинского образования в 1917 году» (Нью-Йорк: Фонд Рокфеллера, 1918), стр. 31-32

[264] Историю классовых конфликтов по поводу реформы государственных школ см. в книгах Джоэла Х. Спринга «Образование и становление корпоративного государства» (Бостон: Beacon Press, 1972) и Майкла Б. Каца «Класс, бюрократия и школы — иллюзия образовательных перемен в Америке» (Нью-Йорк: Praeger Publishers, 1971).

[265] День Нью-Лондона (Коннектикут) , 10 июля 1914 г.

судьбой своего работодателя.

Вскоре после перехода от церковного служения к управлению крупнейшей в мире филантропической и финансовой империей взгляды Гейтса на религию начали меняться. Он стал относиться к Библии более критически и вскоре уверился в том, что «Христос не основывал и не намеревался основывать ни Баптистскую церковь, ни какую-либо другую церковь; что ни Он, ни Его ученики при жизни не крестили; что причастие не было задумано Христом как церковное таинство, и что вся структура баптизма построена на текстах, не имеющих авторитета, и на церковных концепциях, совершенно чуждых разуму Христа»[266]. Гейтс обнаружил, что перешёл от баптизма к капитализму и сциентизму!

Медицина была основополагающей частью его новой «религии». В то время как теология «реконструировалась в свете науки», научная медицина провозглашала «новые моральные и социальные законы, новые определения правильного и неправильного в наших отношениях друг с другом». Для Гейтса Рокфеллеровский институт медицинских исследований был «теологической семинарией под председательством преподобного Саймона Флекснера, доктора богословия»[267].

Гейтс не объяснил полностью значение своей метафоры, но очевидно, что он рассматривал медицину как аналог религии в индустриальном обществе, несущую моральные заповеди, «новые обязанности» и ценности науки всем людям благодаря своей универсальной привлекательности и неотразимой близости. Эту функцию понимали и ведущие представители медицинской профессии. Доктор Джон Б. Робертс в своём президентском послании Американской медицинской академии в 1904 году изложил «Долг врача перед государством». Врач «должен учить мирян, что ментальная гигиена, или дисциплина, так же важна для достойной жизни и счастья, как и физическая гигиена», – говорил Робертс. «Гигиена тела даёт дух религиозной терпимости и спокойствия», в то время как «гигиена ума способствует здоровому пищеварению и хорошему телу, приносящему доход, и делает человека пригодным как для этого мира, так и для следующего»[268]. Таким образом, научная медицина была идеальным инструментом для объединения и интеграции нового индустриального общества и, по сути, мирового порядка, основанного на ценностях и культуре науки, технологий и капитализма.

[266] «Автобиография», стр. 281

[267] Гейтс, «Адрес». Гейтс действительно стал очень экуменичным: «Преподобный Саймон Флекснер, доктор богословия» был евреем

[268] Речь перепечатана в книге Джона Б. Робертса «Долг врача перед государством: эссе о связях врачей с общественностью» (Чикаго: Американская медицинская ассоциация, 1908), особенно на стр. 20. Робертс также был членом Комитета по законодательству Американской медицинской ассоциации (AMA), одного из влиятельных лоббистских объединений в этой профессии.

Западная научная медицина была необычайно эффективным инструментом для достижения Соединенными Штатами господства в Латинской Америке, Азии и Африке. Но она оказалась столь же полезной для того, чтобы убедить сельских жителей и неискушенных в технологическом и промышленном отношении североамериканцев принять господство науки и технологий над своей жизнью. Наука заложила основу для рационализации промышленности, организации производства в соответствии с императивами прибыли и роста капитала, и одновременно для опровержения аргументов рабочих о том, что новые технологии лишают их контроля над производственным процессом. Применение науки к промышленности фактически деполитизировало весь производственный процесс и создавало видимость того, что прогресс – это императив самой технологии. За этим господством технологий скрывался более фундаментальный императив – потребность капитализма в экономическом росте. Движение научно-технического прогресса представляется независимой переменной, от которой зависит сущностный экономический рост. Наука и технологии развиваются преимущественно способами, полезными капиталистическому обществу, и, как показал Юрген Хабермас, «развитие социальной системы, по-видимому, определяется логикой научно-технического прогресса»[269].

Та же мистификация, что технологический «императив» тянет за собой производственный процесс, распространяется на все социальные сферы. Инженеры-механики под руководством Фредерика Тейлора разработали более «эффективные» способы использования человеческого труда на фабриках, главным образом, путём разделения умственного и физического труда, реорганизации трудового процесса под контролем руководства и замены квалифицированного труда неквалифицированным везде, где это было возможно. Хотя это и не привело к существенному увеличению прибыли, «научное управление» Тейлора оказалось весьма эффективной формой социального контроля[270]. Оно дало моральное обоснование требованию подчинения капиталистическим ценностям упорного труда и дисциплинированного образа жизни. «Слишком большая свобода, — писал Тейлор президенту Гарварда Чарльзу Элиоту, — приводит к тому, что большое количество людей поступают неправильно, хотя были бы правы, если бы их

[269] Юрген Хабермас, «Технология и наука как „идеология“» в книге Хабермаса «На пути к рациональному обществу — студенческий протест, наука и политика» (Бостон: Beacon Press, 1971), стр. 105. См. также Герберт Маркузе, «Одномерный человек» (Бостон: Beacon Press, 1964).

[270] См. книгу Сэмюэля Хабера « Эффективность и подъём: научное управление в эпоху прогресса, 1890–1920» (Чикаго: Чикагский университет, 1964); и превосходное исследование Гарри Брейвермана «Труд и монополистический капитал — деградация труда в двадцатом веке» (Нью-Йорк и Лондон: Monthly Review Press, 1974).

заставили выработать хорошие привычки[271]. Домохозяек и матерей также призывали быть более эффективными, поскольку дом был «частью великой фабрики по производству граждан»[272]. Промышленные и общественные деятели эпохи прогрессизма, независимо от того, были ли они сами прогрессистами или нет, надеялись рационализировать все общественные отношения. Культ эффективности прочно укоренился в американской культуре и интеллектуальной жизни, и представление о том, что технологиям нужно служить, стало еще более распространенным. В дополнение к уже распространенному мнению о том, что наука и технология не имеют никаких ценностей, технологический императив стал мощной моральной силой.

Главы корпораций, президенты элитных университетов и филантропы объединились в поддержку новой религии науки. «Уважение к знающему человеку и верность доказанной истине, — проповедовал Николас Мюррей Батлер, президент Колумбийского университета, — являются характеристиками цивилизации, основанной на камне»[273].

Научно-исследовательские институты стали храмами новой религии. Рокфеллеровский институт медицинских исследований будет важен в трёх отношениях, сказал Батлер высокопоставленным лицам, собравшимся на открытие лабораторий института. Он расширит знания человечества в области медицины, поможет подготовить необходимых учёных и «поможет распространить в общественном сознании уважение к науке и научному методу». Каждый из этих вкладов – это общественное служение, добавил он, «но последний, пожалуй, самый важный»[274].

Научная медицина, как часть пламенной борьбы за науку, способствовала распространению индустриальной культуры, пусть и капиталистической, по всей стране и миру. Однако научная медицина также превратилась в идеологическую перспективу, легитимирующую вопиющее неравенство капиталистических обществ и нищету, являющуюся результатом частного присвоения человеческих и природных ресурсов.

В свое время многие врачи были в авангарде прогрессивных движений за социальные реформы. К середине 1800-х годов социальная медицина стала высокоразвитой областью. Виллерме, Бюше и Герен во Франции, Нойман, Вирхов и Лёйбушер в Германии, а также десятки менее известных врачей изучали экономические, социальные и профессиональные причины болезней и работали над реформами по их устранению. Рудольф Вирхов, один из отцов современной клеточной

[271] Хабер, «Эффективность и подъем», стр. 20.
[272] Писатель того периода, цитируемый в там же, стр. 62
[273] Николас Мюррей Батлер, «Научные исследования и материальный прогресс», в сборнике «Адреса» (Институт Рокфеллера), стр. 40
[274] Там же, стр. 39

физиологии, утверждал, что медицина «должна вмешиваться в политическую и социальную жизнь. Она должна указывать на препятствия, которые мешают нормальному функционированию жизненных процессов, и осуществлять их устранение»[275]. Многие врачи и санитары определили и статистически задокументировали бесчеловечные и опасные условия труда, безработицу, нищенские условия жизни, недоедание и всеобщую бедность как основные причины высокого уровня заболеваемости и ранней смертности среди рабочего класса Европы.

Провал революционного движения 1848 года, в котором участвовали многие из этих врачей, не остановил их усилий изменить условия, которым они противостояли.

Однако со времён Пастера и Коха в медицинских исследованиях доминировал более консервативный подход. Клиническая, или медицинская, модель фокусировала внимание на индивидууме, в то время как бактериологические исследования выявляли отдельные, внешние и специфические возбудители болезней. Эта перспектива способствовала созданию специфических методов лечения конкретных патологических состояний и отвлекала внимание от социальных и экономических причин заболеваний. Когда в 1882 году Кох представил своё открытие туберкулёзной палочки Берлинскому физиологическому обществу, многие учёные-медики не разделяли точку зрения Коха о том, что эта палочка вызывает туберкулёз. Вирхов и другие утверждали, что, поскольку патогенные микроорганизмы обитают в здоровом организме, они не являются причиной болезни. По их мнению, проникающие микроорганизмы могли вызвать болезнь только после того, как организм-хозяин был ослаблен какими-либо физиологическими или экологическими неблагоприятными факторами[276]. Тем не менее, Пастер и Кох снискали заслуженное признание за свои технические достижения; они и их последователи также получили значительную финансовую поддержку от своих правительств и состоятельных людей. В Европе и Соединенных Штатах ведущие врачи увидели открывшиеся перед ними возможности, а ведущие капиталисты продемонстрировали свою признательность идеологической роли медицинской науки.

Идеологи капиталистического общества провозглашали недостаточность нашего господства над природой и неадекватность нашего технологического развития как фундаментальную причину несчастий. «Проблема в том, — писал Гейтс Рокфеллеру, — что одеяло

[275] Цитируется в книге Джорджа Розена «Эволюция социальной медицины» под редакцией Х.Э. Фримена, С. Левина и Л.Г. Ридера « Справочник по медицинской социологии», 2-е изд. (Энглвуд Клиффс, Нью-Джерси: Prentice-Hall, 1972), стр. 39.

[276] Ренд Дж. Дюбо, «Трость с золотым набалдашником в лаборатории», в ежегодных лекциях, 1953 г. (Вашингтон, округ Колумбия: Национальные институты здравоохранения, 1953 г.), стр. 89–102.

счастья кажется слишком коротким. Если натянуть его с головы, обнажатся ноги; если подоткнуть его с одной стороны, откроется другая». Хотя, вероятно, нет способа увеличить «общую сумму человеческого счастья», несомненно, что Институт Рокфеллера «фактически и в огромной степени уменьшает общую сумму человеческих несчастий»[277].

Ясно, откуда берётся несчастье. Оно проистекает не из неравномерного распределения богатства, не из-за тяжёлых условий труда и жизни, из-за жалкой и отчуждённой работы, не из-за напряжения, вызванного частой и продолжительной безработицей, экономической нестабильности и конкуренции между теми, кто стремится к более высокому положению в жизни. «Болезнь — высшее зло человеческой жизни, — провозгласил Гейтс, — и она же главный источник почти всех других человеческих недугов: нищеты, преступности, невежества, пороков, неэффективности, наследственной порчи и многих других зол»[278]. Не бедность и не место человека в капиталистической классовой структуре порождают несчастье; именно болезнь является причиной несчастья, которое обычно приписывают бедности. Несчастье — это техническая, а не социальная проблема.

В то время как «огромная масса благотворительных организаций мира» помогает отдельным бедным семьям или косвенно «облегчает или смягчает такие пороки и несчастья общества, которые вызваны главным образом болезнями», Институт Рокфеллера достигает «корня зла» и очищает «самые источники человеческих несчастий»[279]. Это человеческое несчастье можно искоренить с помощью науки и технологий. Те же силы, которые помогли создать огромную и растущую промышленную базу Америки, можно направить и на устранение ее несчастий. Таким образом, Гейтс присоединился к другим в «медицинализации» всех социальных проблем, выделяя их из политической борьбы и даже религиозной морали и передавая их в руки технической экспертизы и профессионального управления.

Деньги Рокфеллера не поддерживали медицинские исследования, изучающие связь социальных факторов со здоровьем и болезнями. В первое десятилетие своего существования Институт Рокфеллера сосредоточил свои ресурсы на химии, биологии, патологии, бактериологии, физиологии, фармакологии и экспериментальной хирургии[280]. Он игнорировал влияние социальной, экономической и физической среды на болезни и здоровье. В последующие годы исследователи института коснулись роли питания как фактора,

[277] Письмо Гейтса Рокфеллеру-старшему, 8 октября 1910 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

[278] Гейтс, «Филантропия и цивилизация».

[279] Гейтс, «Автобиография», стр. 395

[280] См., например, Исследования Рокфеллеровского института медицинских исследований, указатель к томам I–XV (Нью-Йорк: Рокфеллеровский институт, 1912)

способствующего малярии и некоторым другим паразитарным и инфекционным заболеваниям, но даже тогда они не распространили свои выводы на реальные социальные условия, в которых жили люди[281]. Из более чем 650 мужчин и женщин, которые внесли свой вклад в Институт Рокфеллера, немногие — за заметным исключением Рене Дюбо — казалось, даже понимали роль общества и окружающей среды как сил, влияющих на те самые болезни, которые они изучали.

Эта ориентация на биологический редукционизм пронизывала медицинскую филантропию Рокфеллера. Когда Гейтс, Рокфеллер-младший и другие люди в Фонде Рокфеллера решили основать первую школу общественного здравоохранения в Соединенных Штатах, они выбрали доктора Уэлча и Университет Джонса Хопкинса в качестве своих проводников, зная, что новая школа будет делать сильный акцент на фундаментальных науках и не будет слишком далеко уходить в социальные проблемы[282]. Чарльз Уорделл Стайлз, правительственный зоолог, который привлек внимание филантропии Рокфеллера к анкилостоме и был назначен научным руководителем кампании по искоренению этого паразитарного заболевания, продемонстрировал способность не отвлекаться на паразитов и на социальные проблемы. В статье «Каторжная бригада как возможный распространитель кишечных паразитов и инфекций» Стайлз не произнес ни слова критики в адрес каторжных бригад как таковых. Он ограничился критикой отсутствия туалетов и посетовал на упущенные «возможности для строгой дисциплины», которые могли бы «превратить эти исправительные учреждения в прекрасные школы, в которых государство могло бы легко преподать своим заключенным несколько хороших уроков чистоты, гигиены и санитарии»[283].

## ОТСТУПЛЕНИЕ ГЕЙТСА

Гейтс искренне верил в технические решения проблем общественного счастья. Но у Гейтса была и другая сторона. Одна из них признавала эксплуатацию труда капиталом и сочувствовала угнетённым мужчинам и женщинам промышленного рабочего класса. Будучи членом совета директоров или председателем совета директоров более чем

[281] См. статью «Институт Рокфеллера Корнера» , в которой описываются направления исследований, проводившихся в институте с 1901 по 1953 год.
[282] Шрайок отмечает «сильный акцент и опору на фундаментальные науки» в новой Школе гигиены и общественного здравоохранения Джонса Хопкинса в своей книге «Уникальное влияние Университета Джонса Хопкинса на американскую медицину» (Копенгаген: Ejnar Мунксгаард, ООО, 1953), стр. 49-50.
[283] Чарльз Уорделл Стайлз, «Загрязнение почвы: каторжники как возможный распространитель кишечных паразитов и инфекций», Public Health Reports, 28 (1913), 985-86

дюжины корпораций, но не участвуя в повседневном управлении, Гейтс никогда лично не участвовал в трудовых спорах. С высоты своего положения на вершине финансовой и филантропической империи Рокфеллеров Гейтс обладал широким видением потребностей своего класса и имел продуманную стратегию их удовлетворения.

В 1916 году, через два года после шумной критики по поводу бойни в Ладлоу и в то время, когда «трудящиеся повсюду требуют повышения заработной платы», Гейтс задался стратегическим вопросом: «следует ли противостоять этому требованию или поддерживать его?» В меморандуме для себя Гейтс изложил свою позицию по «Капиталу и труду»[284]. Во-первых, он считал, что профсоюзное движение эгоистично, жестоко, невежественно, извращенно и ошибочно. Через профсоюзы трудящиеся требуют «максимально возможной заработной платы» и выполняют «минимально возможный объем работы», в то время как граждане, заботящиеся об обществе, будь то богатые капиталисты или бедные рабочие, оказывают «максимально возможную услугу» и потребляют «минимально возможное количество общественного богатства», принимая частную экономию и сбережения.

Во-вторых, целью труда должно быть повышение реальной заработной платы, а не просто возможность обогнать соседа. «Если несколько профессий полностью объединятся в профсоюзы и обеспечат выполнение своих требований, это должно произойти, — заметил Гейтс, — за счёт всех остальных профессий, не охваченных профсоюзами». Профсоюзы, похоже, мало заботились о том, что повышение заработной платы в какой-либо одной группе приведёт к росту стоимости жизни для всех остальных, поскольку работодатели переложат предоставляемое ими повышение заработной платы на рабочих-потребителей. Наёмный работник выиграет свою битву, заключил Гейтс, «не просто получив свою зарплату, а когда он её так увеличит, что люди будут покупать больше». Цель — более высокая заработная плата без повышения стоимости жизни, «и единственный способ под небесами этого добиться — это вычесть заработную плату из доходов капиталиста».

Гейтс считал справедливым требование рабочих увеличить свою долю в богатстве. Рабочий класс «унижен» видом труда, который ему приходится выполнять, объёмом работы, которую от него требуют, и «лишениями, которые ему приходится терпеть». Различия между богатыми и бедными, капиталистами и рабочими «обусловлены не наследственностью, а средой». Кровь богатых и аристократов не чище, чем у «уродливых, плохо одетых, полуогрубевших мужчин и женщин», которые с детства работали на рудниках.

[284] Гейтс, «Капитал и труд», меморандум (б.д., но, вероятно, 1916 г.), собрание Гейтса, архив Фонда Рокфеллера. Цитаты на страницах 130–131 взяты из этого меморандума.

*Должны ли мы ненавидеть, презирать и смотреть свысока на этих людей, которых наша социальная система сделала такими, какие они есть, или же мы должны жалеть их и винить себя за то, что сделали их такими, какие они есть, за то, что держим их там, где они есть, и одеваем себя в плоды их неоплаченного труда?*

Фридрих Энгельс не был более красноречив!

Гейтс пришел к выводу, что для капитала необходимо и желательно добровольно снизить доходность инвестиций с нынешних 5 процентов до 2 процентов и отдать остаток рабочим.

*Сократите их рабочий день. Улучшите их условия жизни. Дайте им возможность заниматься музыкой, живописью, всем, что может развить их ум, украсить и приукрасить их тело. Давайте и сами в какой-то мере разделим физический труд мира, и вместо того, чтобы немногим подниматься на вершину за счёт большинства, давайте займёмся развитием общества во всех его частях в целом, подняв его на более высокий уровень.*

Гейтсом двигало не сострадание, а страх. Он и другие представители правящего класса Америки были потрясены ожесточенной борьбой трудящихся, широким распространением сознания рабочего класса и поддержкой Социалистической партии, а также волнениями среди прогрессивистов из среднего класса. Большая часть этого классового антагонизма была направлена против огромной концентрации богатства в руках промышленных монополий и хвастовства Вандербильтов и Асторов. Всегда выступавший за незаметное потребление, Гейтс теперь втайне и на какое-то время обратил внимание на корпоративно-либеральные социальные реформы, чтобы предотвратить ожидаемый катаклизм.

С вступлением Соединённых Штатов в европейскую войну полная занятость и патриотизм взяли верх над движением прогрессивных реформ и оправдали репрессии против социалистов и боевых организаций рабочего класса. Непосредственная внутренняя угроза миновала, и Гейтс отказался даже от своих личных мыслей о перераспределении богатств. Поддержка исследований в области естественных и социальных наук оставалась основной программой по борьбе с нищетой, хотя Рокфеллер-младший разработал новые программы в области искусства для повышения уровня культуры народа.

## ПОСТОЯННЫЕ ИНВЕСТИЦИИ

Помимо ожидаемых материальных и политических выгод от медицинской науки, Гейтс считал, что финансирование Рокфеллеровского института – это идеальное вложение средств благодаря непреходящему характеру его открытий. Каждое поколение

берёт из прошлого и передаёт будущему «только то, что, как доказано, имеет вечную пользу». «Бесполезный багаж» отбрасывается и остаётся позади. Единственное, с чем «человечеству придётся жить», – это «старая Природа и её законы в этом мире», – говорил Гейтс своим друзьям в Рокфеллеровском институте. «Эти законы неизменны, и человечество никогда их не переживёт. Всё, что мы узнаём о Природе и её силах и включаем в нашу науку, будет продолжено, хотя всё остальное будет забыто»[285].

Несмотря на свой наивный взгляд на науку, Гейтс рассматривал целевые фонды для научных исследований как постоянный социальный капитал, инвестиции, которые будут приносить дивиденды в далёком будущем. Учитывая его широкий и долгосрочный взгляд на потребности капиталистического общества, Гейтс был очень заинтересован этой особенностью научных исследований.

Помимо того, что инвестиции Рокфеллера в институт медицинских исследований были бы бессрочными, они привнесли бы в медицинские исследования больше средств. Этот акт филантропии «привлёк бы внимание общественности к важности исследований» и «побудил бы многих мыслящих и богатых людей финансировать исследования» в научных медицинских школах по всей стране[286].

В конечном итоге частные состояния и государственные налоги в равной степени стали вкладываться в медицинские исследования во всё возрастающих объёмах. В 1911 году Гейтс был рад, что другие богатые мужчины и женщины действительно последовали примеру Рокфеллера[287]. К середине 1920-х годов Гейтс был убеждён, что его стратегия поощрения государственных и частных грантов окупилась. «Никогда прежде простые люди не были так готовы ухватить протянутую руку либеральной филантропии, — сказал он попечителям Фонда Рокфеллера, — и сотрудничать посредством принятия законов, либерального налогообложения и частной щедрости»[288].

Вся эта финансовая поддержка медицинской науки и общественное признание, которым наделили учёных-медиков представители высшего класса, обеспечили врачам более высокий и надёжный статус. Медицинские научно-исследовательские институты, заметил Гейтс, «придали медицине достоинство и славу», в результате чего медицинская профессия пробуждалась «к гордому и здоровому осознанию достоинства своего призвания». Совершенно нецинично Гейтс полагал, что «возвышение медицинской профессии» будет способствовать интересам самой профессии и поможет стабилизировать

[285] Цитаты в этом абзаце взяты из двух похожих отрывков из «Адреса» Гейтса и его «Автобиографии», стр. 396–397.
[286] "Адрес."
[287] Там же
[288] «Филантропия и цивилизация».

порой шаткую классовую структуру[289]. Капиталистическое общество обретало ещё одного твёрдого сторонника, поскольку медицинская профессия, очищенная от какой-либо социальной совести, всё больше осознавала свою обязанность сохранять существующий общественный порядок.

Капиталисты-филантропы, поддерживавшие медицинскую науку, считали, что она принесёт больше пользы, чем просто демонстрация их заслуг. Во-первых, редукционистская научная медицина имела поразительное, и не случайное, сходство с капиталистическим мировоззрением. Во-вторых, научная медицина способствовала бы интеграции всех членов общества, независимо от их занятий и социального положения, в индустриально-техническую культуру, объединяя раздробленный и зачастую хрупкий индустриально-капиталистический социальный порядок. В-третьих, научная медицина помогла бы заменить распространённые классовые теории несчастья на точку зрения, согласно которой неравенство и несчастье – это технические проблемы, поддающиеся инженерным решениям, тем самым деполитизируя медицину и легитимируя капитализм. Наконец, научная медицина способствовала бы возвышению медицинской профессии, способствуя более чёткой идентификации её членов с высшим классом общества и самим капиталистическим порядком.

Гейтс считал, что все эти характеристики и последствия научной медицины полезны для общества, так же как он считал социально полезным накопление богатства Рокфеллером и его личные решения о том, как его следует тратить. Взгляды Гейтса на преимущества научной медицины и медицинских исследований явно разделялись на практике другими капиталистами, государственными чиновниками и представителями медицинской профессии. Их взгляды, редко излагаемые нам даже с минимальной ясностью и последовательностью, присущей Гейтсу, тем не менее, были ясны в их программах и сформулированных проблемах. Взгляды Гейтса на научную медицину оказали влияние, выходящее за рамки поддержки, оказываемой Институту Рокфеллера, и поощрения других программ медицинских исследований. У Гейтса были интересы, идеи и средства, чтобы сформулировать и запустить многочисленные программы по развитию и расширению работы в сфере общественного здравоохранения, а также крупную программу реформирования медицинского образования.

[289] Цитаты в этом абзаце взяты из аналогичных отрывков из книг Гейтса «Адрес» и Гейтса «Автобиография», стр. 399–400.

# ГЛАВА 4
# Реформа медицинского образования: кто будет управлять медициной?

К концу XIX века американские врачи всё ещё горько жаловались на свою «бедность» и низкий статус в американском обществе. Тех, кто учился в Европе, особенно поражало низкое уважение к американским врачам по сравнению с их немецкими коллегами. Разница в доходах врачей привела к тому, что одни жили в достатке, а другие были бедны. Как писал журнал Медицинского общества штата Нью-Йорк: «Есть солидный доход для немногих, компетентность для многих и жалкие гроши для большинства»[290].

Большинство представителей профессиональных кругов объясняли относительную бедность врачей «перенаселенностью» профессии. В 1901 году журнал Американской медицинской ассоциации (AMA Journal) утверждал, что благодаря смерти и выходу на пенсию старых врачей, а также росту населения, «ежегодно появлялось почти 3300 новых врачей», но 160 медицинских колледжей страны выпускали почти вдвое больше[291].

Чтобы справиться с этими проблемами, медицинская профессия приняла эффективную стратегию реформ, основанную на научной медицине и развитии медицинских наук. Их план заключался в том, чтобы установить контроль над медицинским образованием для организованной профессии, представляющей практикующих врачей в союзе с научными медицинскими преподавателями. Эти меры потребовали значительных расходов на медицинское образование и серьёзных изменений в финансировании медицинских вузов. Зависимая от внешнего капитала, профессия открыла двери внешнему влиянию. Вмешавшиеся корпоративные филантропы превратили кампанию за реформирование медицинского образования в борьбу за контроль между частнопрактикующими врачами, с одной стороны, и академическими врачами и классом корпоративных капиталистов, с другой. Конфликт о том, кто будет управлять медицинским образованием, к которому мы сейчас перейдём, по сути, был вопросом о том, чьим интересам будет служить система здравоохранения.

## ПРАКТИКИ ЗАКРЕПЛЯЮТСЯ

[290] Цитируется в книге Джеральда Э. Марковица и Дэвида К. Роснера «Врачи в кризисе: исследование использования реформы медицинского образования для создания современной профессиональной элитарности в медицине». American Quarterly, 25 (1973), стр. 88

[291] JAMA, 37 (1901), 270

К 1900 году стратегия, разработанная элитными врачами для сокращения числа врачей, увеличения доходов и повышения социальной классовой базы профессии, начала приносить плоды. Медицинские исследования, несмотря на ограниченную финансовую поддержку, укрепляли общественное доверие к современным практикующим врачам. В некоторых ведущих университетах проводились реформы, устанавливающие новый стандарт, которому вскоре будут вынуждены следовать другие. В большинстве штатов были созданы советы по лицензированию врачей, однако стандарты, которые они устанавливали, различались. В частности, Совет по здравоохранению Иллинойса начал приблизительную оценку всех медицинских школ в Соединенных Штатах и Канаде. Его отчет, опубликованный в 1889 году, потряс многие из 179 школ регулярной секты, двадцать шесть гомеопатических, двадцать шесть эклектичных, тринадцать смешанных и тринадцать школ, осужденных как «мошеннические»[292].

Все эти достижения не устранили два основных препятствия на пути профессионального роста. Во-первых, медицинские школы оставались нерегулируемыми. В последней четверти XIX века было основано более 114 новых школ[293]. Финансовое положение медицинских школ вынуждало их факультеты противостоять стратегии реформаторов, направленной на продвижение научной медицины для сокращения выпускаемой продукции. Медицинские школы по большей части представляли собой небольшие коммерческие предприятия, принадлежавшие в основном их факультетам. Единственным товаром, который они могли продавать, были медицинские дипломы. Зависящие от своего выживания, а также от прибыли, получаемой от платы за обучение, школы продолжали выпускать свою продукцию. Будучи по своей сути частными, но прибыльными только для непосредственно участвующих в них преподавателей, они не могли привлекать внешний капитал или оборотные средства для поддержки дорогостоящих учебных и исследовательских программ, необходимых для научного медицинского образования. Таким образом, «научная медицина» преподавалась лишь в нескольких университетских медицинских школах, да и то в ограниченном объеме, за исключением Университета Джонса Хопкинса, что было далеко от нормы.

Вторым препятствием на пути реализации стратегии реформ был организационный беспорядок в самой профессии. AMA не выполнила свою миссию. Во второй половине века ее обошли специализированные общества, которые образовали альянс в 1888 году в Американском конгрессе врачей и хирургов. Американская академия медицины и

[292] Ричард Х. Шрайок, «Медицинское лицензирование в Америке, 1650-1965 «(Балтимор: Johns Hopkins Press, 1967), стр. 53-54

[293] Розмари Стивенс, «Американская медицина и общественный интерес» (Нью-Хейвен: Издательство Йельского университета, 1971), стр. 24

другие группы были сформированы, чтобы заполнить роль реформатора, оставшуюся вакантной после ANIA. Членство в местных и государственных медицинских обществах не давало членства в национальной ассоциации, изолируя ее от большинства практикующих врачей. К 1900 году только 8400 врачей были членами AMA[294]. Национальное руководство, не имея структурных связей с государственными и местными обществами, действовало в вакууме. Структурно слабый, немногочисленный, во главе с традиционными врачами, лишь наполовину преданными научной медицине, «голос медицинской профессии», казалось, страдал ларингитом.

Прежде чем медицинская профессия смогла добиться реформ в медицинском образовании, ей необходимо было укрепить свою собственную организацию. После нескольких безуспешных попыток реорганизации в конце XIX века реформаторы заручились поддержкой государственных медицинских обществ и полностью реорганизовали Американскую медицинскую ассоциацию (AMA) на съезде 1901 года в Сент-Поле. Новая организация, существующая и по сей день, сделала местное медицинское общество основной ячейкой ассоциации. Отдельные врачи вступали в местное общество. Местное общество направляло своих представителей в государственное общество, которое, в свою очередь, избирало делегатов в недавно сформированную палату делегатов – законодательный орган национальной ассоциации. Президент AMA и совет попечителей получили значительные полномочия. Благодаря умелому руководству кампанией д-ра Джорджа Х. Симмонса, лидера реформ, недавно назначенного секретарем AMA и редактором ее журнала, и председательствующему на сессиях съезда д-ру Чарльзу А. Л. Риду, план реорганизации был принят без обсуждения[295].

Реорганизация создала иерархическую, представительную структуру. Прямая линия власти зависела от силы местных сообществ, которые всегда были оплотами профессиональных интересов. Новая структура обеспечила штату и национальным организациям стабильное руководство, которое могло более эффективно координировать и мобилизовать ресурсы в интересах профессии. План был направлен на объединение государственных обществ в национальную ассоциацию и, как выразился комитет по реорганизации, «способствовать развитию научной медицины и превращению медицинской профессии в влиятельную силу в общественной и политической жизни

[294] Марковиц и Рознер, «Врачи», 87

[295] Моррис Фишбейн, «История Американской медицинской ассоциации с 1847 по 1947 г.» (Филадельфия: WB Saunders Co., 1947), стр. 206–213; Уильям Г. Ротштейн, «Американские врачи в девятнадцатом веке» (Балтимор: Johns Hopkins University Press, 1972), стр. 69–70 и 317–318; Стивенс, Американская медицина, стр. 29; и Джеймс Г. Берроу, «Американская медицинская ассоциация, Голос американской медицины» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1963), стр. 27–32

республики»[296].

Врачи, стремившиеся объединить профессию ради её возвышения, вышли из тени на передний план. Джордж Симмонс вдохновил журнал миссией реформаторского движения. Лидеры Американской медицинской ассоциации (AMA) призвали врачей по всей стране ускорить законодательные реформы, взять под контроль государственные лицензионные комиссии и побудить медицинские вузы изменить критерии приёма и учебные программы. Рост эффективности Американской медицинской ассоциации (AMA) привлёк поддержку и привлечение в неё многих специалистов, которые, казалось, забыли, что они в первую очередь врачи, а уже потом хирурги или гинекологи. Частные практикующие врачи всех направлений стали поддерживать скоординированную деятельность на местном, государственном и национальном уровнях, отстаивая общие интересы. К 1910 году членами AMA были около 70 000 врачей, что более чем в восемь раз превышало число членов на рубеже веков.

Хотя многие рядовые врачи были недовольны централизованным контролем, исходившим из чикагских отделений Американской медицинской ассоциации (AMA), и самой стратегией реформ, большинство врачей, несомненно, поддерживали движение[297]. Большинство врачей были возмущены экономическим и социальным положением профессии, особенно когда осознали, что ситуация может быть лучше. Они понимали, что конкуренция между врачами за большую долю доступных медицинских средств поможет лишь немногим, и что интересы каждого врача неразрывно связаны с интересами профессии в целом.

Руководство реформы, представлявшее коалицию частнопрактикующих врачей и преподавателей медицинских вузов, сформулировало стремления большинства врачей к финансовому и социальному улучшению и предложило жизнеспособную стратегию их достижения. Эта коалиция контролировала Американскую медицинскую ассоциацию с конца XIX века до Первой мировой войны, разделяя пост президента ассоциации и совместно реализуя её стратегию реформ[298].

## СОВЕТ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

[296] Цитируется в книге Фишбейна «История», стр. 211.

[297] Один врач, недовольный новым руководством, раскритиковал Американскую медицинскую ассоциацию за то, что самопровозглашенная политика от своего дела, представляет лишь около 8 процентов врачей страны и контролируется всего лишь «полдюжиной человек». См. Б. М. Джексон, «Медицинская профессия: её политика и политики», Pacific Medical Journal, 47 (1904), 456–61.

[298] О коалиции врачей университетских медицинских школ и частнопрактикующих врачей, их интересах, стратегии и влиянии см. прекрасную статью Марковица и Рознера «Врачи».

Получив контроль над реорганизованной Американской медицинской ассоциацией (AMA), реформаторы задействовали свой самый эффективный инструмент преобразования профессии. В 1904 году AMA заменила свой временный комитет по медицинскому образованию постоянным Советом по медицинскому образованию, который возглавил энергичный и находчивый Артур Дин Беван, успешный хирург и внештатный профессор Медицинского колледжа Раша в Чикаго. Новый совет был вооружён штатом сотрудников, которые должны были оказывать «общенациональное влияние и контролировать медицинское образование»[299].

Для облегчения этого контроля в 1905 году Совет пригласил государственные лицензионные советы на национальную конференцию для обзора состояния медицинского образования и установления стандартов. На ней Совет принял «идеальный стандарт, к которому можно стремиться в будущем» – тот, который должен был поднять медицинское образование США до уровня Англии, Франции и Германии, – а также «минимальный стандарт на текущий момент». Временный стандарт включал: (1) предварительное четырёхлетнее обучение в средней школе, (2) четырёхлетний курс медицинского образования и (3) сдачу экзамена в государственном лицензионном совете[300].

Беван призвал местные и государственные медицинские общества активнее участвовать в реформаторском движении и следить за тем, чтобы в лицензионные советы назначались «люди нужного типа». В течение двух лет государственные медицинские общества под руководством Совета по медицинскому образованию заняли доминирующее положение в государственных советах. Благодаря влиянию государственных обществ и непосредственному контакту с советом, лицензионные советы всё больше становились проводниками плана действий совета[301].

Чем больше государственные советы сотрудничали с советом, чтобы принимать дипломы только от медицинских школ «с хорошей репутацией» и приводить свои экзамены в соответствие с учебными программами научных медицинских школ, тем более неопределенным становилось будущее всех медицинских школ, за исключением элитных

[299] Артур Д. Беван, «Сотрудничество в области медицинского образования и медицинского обслуживания», JAMA, 90 (1928), 1173

[300] «Совет по медицинскому образованию Американской медицинской ассоциации». JAMA, 48 (1907), 1702

[301] Стивенс , «Американская медицина», стр. 65–66. Сегодня в половине из пятидесяти штатов медицинское общество штата принимает непосредственное участие в выборе лицензионного совета, согласно Роберту К. Дербиширу, «Медицинское лицензирование и дисциплина в Соединенных Штатах» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1969), стр. 33.

школ, уже ориентированных на потребности научной медицины. Те школы, которые могли получить достаточно ресурсов для обеспечения лабораторий, «клинического материала» и научно подготовленного преподавательского состава, имели достаточно хороший прогноз. Выпускники таких школ имели довольно хорошие шансы на сдачу экзаменов на получение лицензии, и государственные советы допускали их к сдаче. У студентов было мало стимулов посещать и оплачивать обучение в несертифицированных школах, выпускники которых, как правило, проваливали экзамены на получение лицензии. Однако государственные советы не всегда находились в руках государственных медицинских обществ, поэтому совет разработал новую тактику, направленную на модернизацию медицинского образования, закрытие большего количества школ и укрепление своей контролирующей роли в этой области.

В 1906 году совет проинспектировал все 160 медицинских школ страны. Каждый вуз лично посещал секретарь совета, доктор Н. П. Колвелл, или другой член совета, и оценивался по проценту выпускников, сдавших государственные лицензионные экзамены, по соблюдению требований к предварительному образованию, по учебной программе, лабораторному и клиническому оборудованию и методике преподавания, по преподавательскому составу, а также по тому, является ли вуз прибыльным. Отчёты по каждому вузу направлялись в государственные лицензионные комиссии, а процент выпускников, не сдавших государственные экзамены, публиковался в журнале Американской медицинской ассоциации (AMA Journal)[302].

В 1907 году совет разделил медицинские школы на классы A, B и C, в зависимости от их рейтингов. Из 160 проверенных школ восемьдесят две были оценены как медицинские колледжи класса A, сорок шесть — класса B и тридцать две — класса C. Влияние отчета совета было значительным. Пятьдесят школ согласились требовать по одному году обучения физике, химии, биологии и современному языку для поступления на медицинскую программу. Предчувствуя неудачу, ряд школ объединились с другими медицинскими школами в своих городах, объединив помещения и персонал. Другие школы поняли, что у них нет ресурсов, чтобы выжить в возросшей конкуренции. К 1910 году количество школ сократилось со 166 до 131[303].

В то время как лидеры реформы практиков настаивали на более жестких стандартах в медицинском образовании, сами медицинские школы делали все возможное, чтобы выжить. Ассоциация американских медицинских колледжей (AAMC), представляющая около трети всех

[302] «Совет», JAMA, 48 (1907), 1702–05.
[303] Беван. «Сотрудничество». 1174–75; и «Медицинское образование в Соединенных Штатах», JAMA, 79 (1922), 629–37.

американских медицинских колледжей, стремилась дифференцировать свои входящие в нее школы — «лучшие классы медицинских колледжей» — от заурядных школ. Они были обеспокоены тем, что повышение стандартов приема и обучения разорит даже лучшие школы. Как представитель элитной части арьергарда научной медицины — самих школ — AAMC выступала за сотрудничество между собой, Советом по медицинскому образованию и ассоциацией государственных лицензионных советов. AAMC стремилась к единым минимальным стандартам для всех штатов, чтобы требования каждого штата к медицинским школам «соответствовали, но не превосходили» стандарт, рекомендованный совместным комитетом всех трех органов[304].

Хотя Совет по медицинскому образованию не имел ни юридических полномочий, ни авторитета в профессии, председатель совета Беван, секретарь Американской медицинской ассоциации и редактор журнала Симмонс и другие профессиональные реформаторы хорошо понимали роль лидерства и весомое преимущество формулирования стратегии, соответствующей историческим силам. В медицине настало время науки: средний и высший класс, доминирование которых зависело от индустриализации, были восприимчивы к тому, что предлагали сторонники научной медицины в профессии. Государственные лицензионные советы, под влиянием или в руках медицинских обществ, обеспечили доминирование научных школ и конкурентные невыгоды экономически более слабых школ. Стоимость научного медицинского образования разрушала финансовые механизмы частных медицинских школ. Совет не мог приказать закрыть школы, но он сплотил политических союзников в государственных советах и силы рынка, чтобы разрушить старый режим.

## ДЕНЬГИ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: КТО ЗАПЛАТИТ?

Реформы, инициированные и продвигаемые руководством Американской медицинской ассоциации (AMA), явно давали желаемый результат. Однако возможности профессии в достижении своих конечных целей были ограничены. Научная медицина была дорогостоящим делом. Практически все медицинские школы в конце XIX века существовали в основном за счёт платы за обучение студентов. Большинство независимых медицинских колледжей и многие из тех, что номинально были связаны с университетами, не имели других источников дохода. Однако преподавание научной медицины требовало дорогостоящих лабораторных зданий, учебной больницы и учебной

[304] См., например, президентское обращение Джорджа М. Кобера к Ассоциации американских медицинских колледжей, Труды 17-го ежегодного собрания. Вашингтон, округ Колумбия, 6 мая 1907 г., стр. 31–32.

клиники, а также оборудования. Некоторые из этих возможностей можно было получить у местных состоятельных мужчин и женщин, если преподаватели имели престижную частную практику. Некоторые возможности можно было получить, если медицинская школа была связана с хорошо финансируемым университетом. Однако требовалось нечто большее, чем просто возможности.

Крупнейшей статьей расходов научной медицинской школы было содержание преподавателей, преподающих лабораторные дисциплины. Практикующий врач мог быть достаточно хорош для преподавания клинических дисциплин, но обычно не обладал достаточными знаниями в физиологии, бактериологии или патологии. Базовые медицинские науки должны были преподавать учёные-медики, прошедшие специальную подготовку в этой области и постоянно проводящие исследования, чтобы быть в курсе последних достижений в своей области. Эти преподаватели должны были посвящать всё своё время преподаванию и исследованиям, и именно они составляли основную статью расходов научной медицинской школы на рубеже веков.

Стоимость научного медицинского образования была не по карману студентам. «Обучение студента-медика обходится дороже, — отмечал Беван, — чем он может оплатить обучение»[305]. Капитальные вложения и текущие расходы на научное медицинское образование также были не по карману самой профессии. Богатые врачи могли предоставить небольшую часть капитала для медицинского колледжа, но реформаторы рано поняли, что большая часть капитала для научных медицинских школ должна будет поступать извне[306]. Штаты можно было убедить поддерживать государственные учреждения, но большинство медицинских школ и университетов — и, конечно, самые элитные — находились в частной собственности. «Общественность должна быть обучена потребностям и возможностям современной медицины», — утверждал Беван, а филантропам нужно показать, что медицина заслуживает их пожертвований[307]. Из-за вовлеченных сумм большая часть денег должна была поступать из состояний самых богатых мужчин и женщин Америки.

Реформаторы медицины прекрасно осознавали опасность помощи извне. «Богачи могут нанести вред делу медицинского образования», – предупреждал журнал Американской медицинской ассоциации в 1901 году, если их пожертвования не направляются самой профессией[308]. С одобрения остальных лидеров профессии, Беван взял на себя задачу привлечения и управления целевыми фондами для медицинских колледжей. «Мы должны обеспечить им государственную помощь и

[305] «Совет», 1703 г.
[306] JAMA, 35 (1900), 1353
[307] «Совет», 1703 г.
[308] JAMA, 37 (1901). 200-01.

частные целевые фонды», – заявил он на национальной конференции совета в 1907 году. «Мы должны начать активную, организованную пропаганду финансирования медицинского образования»[309].

## ПОМОЩЬ ОТ ФОНДА КАРНЕГИ

Впечатлённый влиянием опроса, проведённого самим советом, Биван обратился в Фонд Карнеги по развитию преподавания. Он обратился за помощью к фонду не только для того, чтобы повторить работу самого совета, но и чтобы добавить к своей кампании растущий престиж и образ «объективности» фонда. Биван понимал потенциал фонда в формировании общественного мнения и предоставлении филантропам надёжного плана действий, которому они могли бы следовать, направляя свои средства в медицинское образование. Было также очевидно, что агентство вне профессии могло открыто атаковать медицинские вузы, которые сопротивлялись реорганизации или прекращению деятельности, не отделяя в очередной раз преподавательский состав медицинских вузов от руководства реформой. На первой национальной конференции совета в 1905 году Биван критиковал частные медицинские школы как препятствие для реформ, но он чувствовал себя обязанным в силу дипломатической необходимости настаивать на снисходительности из-за «имущественных и профессиональных интересов», вложенных в них[310].

В 1907 году Беван пригласил Генри С. Притчетта, президента Фонда Карнеги по развитию преподавания, для изучения материалов опроса, собранных советом. На встрече в Чикагском клубе Беван и Притчетт пришли к единому мнению о ценности спонсируемого Карнеги исследования медицинского образования. Для Бевана исследование Карнеги стало бы мощным инструментом в кампании за реформу медицинского образования. Притчетт с пониманием отнесся к этой проблеме, но главным образом в контексте программы фонда по реформированию и рационализации национальных колледжей и университетов, включая профессиональные школы[311].

Фонд был основан в 1905 году для повышения статуса преподавателей колледжей и создания единой системы высшего образования. В результате переговоров между Эндрю Карнеги и Притчеттом родился план развития преподавания методом кнута и пряника. Новый фонд выделил первоначальный взнос в размере 10 миллионов долларов на поддержку программы пенсионного

[309] «Совет», 1703 г.

[310] «Совет по медицинскому образованию Американской медицинской ассоциации», JAMA, 44 (1905), 1471

[311] Авраам Флекснер, «Генри С. Притчетт: Биография» (Нью-Йорк: Columbia University Press, 1943), стр. 108

обеспечения преподавателей колледжей. Пенсии должны были выплачиваться бесплатно как самому учебному заведению, так и отдельным преподавателям, но каждый колледж должен был соответствовать условиям, установленным фондом. Колледжи, принадлежащие к конфессиям, не имели права на участие в пенсионном плане. Религия, конечно, была важной моральной силой, но она не способствовала всеобщему распространению науки; колледжи, контролируемые конфессиями, больше заботились о распространении веры, чем о подготовке учёных и инженеров. Колледжи, принадлежащие к конфессиям, надеясь повысить свою привлекательность для преподавателей, осаждали фонд вопросами о том, как внести поправки в свои уставы, чтобы получить право на бесплатное пенсионное обеспечение. Кроме того, фонд ввел академические и финансовые требования, призванные заставить более бедные колледжи соответствовать академическим стандартам лучших колледжей и обеспечить единообразие высшего образования по всей стране[312].

Таким образом, запрос Бевана на исследование медицинских школ полностью соответствовал общей программе фонда и предоставил фонду возможность заняться реформированием профессионального образования. Притчетт обсудил предлагаемое исследование с Чарльзом Элиотом, президентом Гарварда и попечителем Фонда Карнеги, Совета по общему образованию Рокфеллера и Рокфеллеровского института медицинских исследований. Он также беседовал с доктором Саймоном Флекснером, директором Рокфеллеровского института. Флекснер предложил кандидатуру своего брата Авраама на должность руководителя исследования. Это предложение хорошо соответствовало концепции Притчетта, согласно которой исследование должно было способствовать реформе высшего образования[313].

Авраам Флекснер был профессиональным педагогом. Он получил степень бакалавра в Университете Джонса Хопкинса за два года усердной и упорной работы. Позже он основал и руководил собственной подготовительной школой в Луисвилле, а затем год провёл в Гарварде, изучая педагогику в высших учебных заведениях. Летом 1908 года, находясь в Гейдельберге, Флекснер написал книгу «Американский колледж», которая, по его собственным словам, «не пользовалась успехом». В конце лета 1908 года Флекснер вернулся из Европы безработным и «готовым практически ко всему». Надеясь найти работу, Флекснер инициировал встречу с Притчеттом. Они обсудили высшее

[312] Говард Дж. Сэвидж, «Плод импульса, 45 лет Фонда Карнеги, 1905–1950» (Нью-Йорк: Harcourt, Brace and Co., 1953), стр. 30, 54–55, 73–78; и А. Фикснер , Притчетт, стр. 97

[313] Информация о том, как именно имя Абрахама Флекснера было предложено Притчетту, недоступна. Однако этот сценарий, по всей видимости, наиболее соответствует имеющимся свидетельствам и информации. См. Savage, Fruit, стр. 105.

образование и его проблемы и пришли к единому мнению о необходимости реформы. «Когда я увидел его в следующий раз, — вспоминал позже Флекснер, — он спросил меня, не хочу ли я изучить медицинские школы». Флекснер был полон энтузиазма, «но мне пришло в голову, что доктор Притчетт путает меня с моим братом Саймоном из Рокфеллеровского института, и я обратил его внимание на тот факт, что я не медик и никогда не был в медицинской школе».

«Именно этого я и хочу», — ответил Притчетт. «Я считаю, что эти профессиональные школы следует изучать не с точки зрения практикующего врача, а с точки зрения педагога. Я знаю вашего брата, так что не испытываю никаких затруднений. Это работа дилетанта, а не врача»[314].

Отчёт врача о медицинском образовании не вызывал бы доверия и лишь усугублял бы разногласия между практикующими врачами и преподавателями медицинских вузов, работающими неполный рабочий день. Более того, Притчетт, хотя и не был против помощи медицинским работникам, выступал за интеграцию медицинского образования в общую систему образования. Отчёт педагога, пропагандирующего важность научной медицинской профессии, обеспечил бы как правильную точку зрения, так и доверие[315].

На встрече в ноябре 1908 года Притчетт обратился к попечителям Фонда Карнеги с просьбой одобрить исследование и выделить необходимые средства. Получив их одобрение, Флекснер немедленно приступил к работе[316]. Беван руководил кампанией по реформированию, Притчетт финансировал её из средств Карнеги, а Авраам Флекснер её реализовал.

## «ДОКЛАД ФЛЕКСНЕРА»

Будучи учёным-техником, Флекснер начал с изучения истории медицинского образования в Европе и Америке. Он отправился в Чикаго, чтобы обсудить исследование с Джорджем Симмонсом, секретарём Американской медицинской ассоциации и редактором её журнала. Он также встретился с Беваном и Колвеллом, секретарём Совета по медицинскому образованию. Он ознакомился с отчётами Колвелла о медицинских школах и нашёл их «достоверными и скрупулезными документами», но при этом «крайне дипломатичными».

[314] Авраам Флекснер, «Авраам Флекснер: Автобиография» (Нью-Йорк: Simon and Schuster, 1960), стр. 45. 70-71

[315] Что касается взглядов Притчетта на связь медицинского исследования с общей программой фонда, см. «Введение» Притчетта в книге Авраама Флекснера «Медицинское образование в Соединенных Штатах и Канаде», бюллетень № 4 (Нью-Йорк: Фонд Карнеги по улучшению преподавания, 1910 г.), стр. xi.

[316] Там же, стр. viii.

Затем Флекснер посетил свою альма-матер, Университет Джонса Хопкинса, где встретился с ведущими преподавателями медицинской школы: докторами Уэлчем, Холстедом, Маллом, Абелем и Хауэллом. Флекснер нашёл Университет Джонса Хопкинса, «небольшой, но идеальной медицинской школой, воплощающей в себе лучшие черты медицинского образования Англии, Франции и Германии, но по-новому, адаптированные к американским условиям». Хопкинс стал для Флекснера живым примером. «Без этого образца в глубине моего сознания я бы мало что смог сделать»[317].

Флекснер видел свою миссию в том, чтобы превратить медицинскую школу Хопкинса в эталон, по которому будут оценивать всё остальное медицинское образование в Соединённых Штатах. Все остальные меркли перед этим «единственным светлым пятном». Восхваление Флекснера Хопкинса было восторженным:

> *У него были идеалы и люди, которые их воплощали, и именно отсюда исходили влияния, которые за полвека подняли американское медицинское образование с самого низкого уровня до самого высокого в цивилизованном мире. Честь и хвала Гилману, Уэлчу, Маллу, Холстеду, их коллегам и ученикам, которые устремились к вершине славы и ни разу не дрогнули[318]!*

Флекснер посетил все 155 медицинских вузов США и Канады. Колвелл из Американской медицинской ассоциации (AMA) сопровождал его в большинстве из них. Практически во всех случаях администрация и преподаватели вузов раскрывали факты о своём существовании: материально-техническая база, лабораторное оборудование, численность преподавателей и их квалификация, количество студентов и их подготовка, учебная программа, количество пациентов, доступных в качестве учебных материалов, доход от студенческой платы и наличие целевого капитала[319].

Даже администраторы и преподаватели, знавшие о нехватке в своих учебных заведениях многих активов, которые Совет по медицинскому образованию считал важными, разрешили Флекснеру и Колвеллу доступ к помещениям, сотрудникам и бухгалтерским книгам. Многие учебные заведения возглавлялись врачами, стремившимися к развитию профессии и осознававшими важность создания научных медицинских школ. Ещё более убедительным аргументом в пользу открытия медицинских школ для инспекций было то, что деканы, преподаватели и попечители большинства медицинских вузов были уверены, что визит Флекснера «сопровождался пожертвованиями от г-на Карнеги, чтобы всё исправить». Как бы ни боялись деканы и преподаватели медицинских

[317] А. Флекснер, «Автобиография», стр. 74

[318] Там же, стр. 85

[319] Там же, стр. 74; Стивенс. «Американская медицина», стр. 66-67. Пять медицинских школ закрылись в период с см. обзор Совета по медицинскому образованию в 1906 году и обзор Флекснера в 1909 году

вузов последствий публичной критики, они понимали, что несоблюдение требований исследования Карнеги приведёт к их быстрому краху. Рынок студентов-медиков был очень конкурентным, и негативная огласка могла нанести серьёзный ущерб. Но ещё более рискованной была динамика конкурентного рынка. Если многие конкурирующие медицинские вузы, сотрудничавшие с исследованием Карнеги, получали значительное преимущество, например, новую лабораторию или целевые фонды, финансовый крах и гибель обездоленных были гарантированы[320].

Некоторые колледжи сопротивлялись проверке, но сопротивление было основанием для подозрений. Непокорным медицинским школам Притчетт дал понять, что «все колледжи и университеты, независимо от того, финансируются ли они за счёт налогов или частных пожертвований, на самом деле являются корпорациями, обслуживающими общественность», и, следовательно, фонд, медицинская профессия и общественность имеют право знать об их финансах и образовательной практике. Ведущие реформаторы в этой области ценили такую позицию фонда, не опасаясь вмешательства извне. Эта позиция не только поддерживала их кампанию, но и признавала медицину жизненно важной общественной функцией[321].

Флекснер посетил медицинские школы и написал свой отчёт за полтора года. Его краткие визиты и язвительные замечания по поводу увиденного создали ему, даже среди медицинских реформаторов, репутацию человека «эксцентричного» и «поспешного в суждениях». Медицинский факультет Гарварда был оскорблён и в ответ очернил его способности, в то время как преподаватели менее известных учебных заведений лишь ощетинились[322].

Неслучайно критика Флекснера в адрес американских медицинских школ и его рекомендации по реформированию полностью соответствовали взглядам ведущих реформаторов медицинской профессии. Флекснер критиковал медицинские школы за то, что они выпускают слишком много врачей, требуют слишком низкого уровня образования для поступления, не имеют достаточной материальной базы и преподавательского состава, не обеспечивают надлежащего уровня подготовки, а также за формирование социального состава медицинской профессии, не соответствующего её важной социальной роли.

Флекснер и Притчетт придавали большое значение меняющейся роли медицины в обществе. Функция врача в обществе, традиционно

[320] «А. Флекснер», Притчетт, стр. 110

[321] Притчетт, «Введение», в книге А. Флекснера «Медицинское образование», стр. ix

[322] Генри С. Притчетт — Джерому Д. Грину. Притчетт — Сайрусу Адлеру и Притчетт — доктору Уильяму Т. Член совета, 22 января 1909 г.; Член совета — Притчетту, 26 января 1909 г. Документы Притчетта, Библиотека Конгресса.

«индивидуальная и лечебная», быстро становилась «социальной и профилактической»[323]. Если «общество полагается» на врачей в выполнении важных социальных функций, то в любой государственной политике реформирования профессии необходимо в первую очередь учитывать «интересы общественного порядка»[324]. Что же было не так с медицинской профессией с точки зрения общества?

По словам Притчетта и Флекснера, перенаселенность была самой серьезной проблемой профессии. Если Германия могла процветать, имея одного врача на 2000 жителей, то Соединенные Штаты, где в среднем один врач на 568 человек, страдали от острого переизбытка врачей. Перенаселенность заставляет специалистов конкурировать друг с другом, бороться за относительно неэластичный рынок пациентов и поощрять друг друга оказывать ненужные услуги для увеличения своих доходов. Перенаселенность «уменьшает число хорошо подготовленных мужчин, которые могут рассчитывать на профессию как на источник дохода», снижая привлекательность медицинской карьеры для компетентных мужчин. «Стране нужно меньше врачей, но лучшего качества», — утверждал Флекснер, и «способ сделать их лучше — это производить меньше»[325].

Главной причиной перенаселенности профессии, а также ее в целом низкого уровня, было преобладание «коммерческих» медицинских школ. Только пятьдесят из 155 медицинских колледжей были неотъемлемой частью университетов. Остальные, как независимые, так и номинально связанные с университетом, фактически управлялись исключительно медицинским факультетом без какого-либо внешнего контроля. Эти частные школы зависели от платы студентов, которая распределялась между местными практикующими врачами, преподававшими в школе. Многие преподаватели увеличивали свои доходы за счет «консультаций, которые преданность их бывших студентов давала им в руки». Кафедры факультетов в коммерческих школах покупались и продавались, иногда за 3000 долларов[326].

Флекснер утверждал, что коммерческие медицинские школы тянули за собой медицинское образование в целом. Их доходы полностью основывались на студенческой плате, школы имели тенденцию принимать как можно больше студентов и максимально сокращать свои расходы. Поскольку лекции были самой дешевой формой образования — в которой доход от студенческой платы шел напрямую преподавательскому составу, а не инвестировался в здания, лаборатории или оборудование — медицинское образование состояло почти исключительно из лекций до 1880-х годов. Необходимость лабораторной

[323] А. Флекснер, «Медицинское образование», стр. 24-26
[324] Притчетт, «Введение», там же, стр. xiv
[325] Флекснер, «Медицинское образование», стр. 14–18 (выделено мной)
[326] Там же, стр. 7-8.

и клинической подготовки для научного врача сильно истощала ресурсы частных медицинских школ. Выбор был очевиден. «Медицинская профессия — это орган, выделенный обществом для его собственных высших целей, а не бизнес, который должны эксплуатировать отдельные лица в соответствии с их собственными прихотями»[327]. Чтобы гарантировать свой характер служения обществу, медицинские школы должны стать неотъемлемой частью университетов.

Социальная значимость медицинской профессии означала не только то, что медицинское образование не должно быть оставлено частной организацией, но и то, что оно должно быть зарезервировано для тех, кто мог позволить себе «либеральный и беспристрастный образовательный опыт». Частные медицинские школы, с их требованиями к поступлению в четыре года средней школы или ее «эквивалент», привлекали «массу неподготовленной молодежи, оторванной от промышленных профессий и устремляющейся изучать медицину». Ни «грубый мальчишка», ни «пресытившийся клерк» не были подходящим материалом для карьеры в медицине[328]. Флекснер предлагал минимум два года колледжа для поступления в медицинскую школу, в то время как только 15 процентов населения школьного возраста были зачислены в среднюю школу и только 5 процентов населения студенческого возраста были зачислены в колледж или университет[329].

В соответствии с расизмом своего времени, Флекснер утверждал, что «практика чернокожего врача будет ограничена его собственной расой». Однако «самозащита не в меньшей степени, чем гуманность» должна побуждать белое общество поддерживать улучшение подготовки чернокожих врачей: «десять миллионов из них живут в тесном контакте с шестьюдесятью миллионами белых». Кроме того, важность чернокожих врачей в содействии «умственному и нравственному совершенствованию» своей расы требовала создания элитного ядра учёных чернокожих врачей. Применяя формулу «чем меньше, тем лучше», Флекснер рекомендовал, чтобы из семи существовавших тогда чернокожих медицинских школ только школы Макчарри и Говарда продолжили деятельность[330].

Флекснер также рекомендовал закрыть три женских медицинских колледжа. Женские школы были «не нужны» и неэффективны, поскольку «медицинское образование теперь доступно женщинам практически на тех же условиях, что и мужчинам». Если число студенток-медиков

[327] Там же, стр. 19.

[328] Там же, стр. 18-19, 48; Притчетт, «Введение», там же, стр. x

[329] Национальный центр статистики образования, Сборник статистики образования, 1974 (Вашингтон, округ Колумбия: Правительственная типография, 1975), стр. 33, 76

[330] А. Флекснер, «Медицинское образование», стр. 180-81

сокращалось, это свидетельствовало об отсутствии «какого-либо сильного спроса на женщин-врачей или сильного неудовлетворенного желания женщин заниматься этой профессией», или и того, и другого. Флекснер, похоже, считал, как и большинство его коллег, что женщины редко готовы к умственным трудностям медицины, и что если они принадлежат к среднему или высшему классу, женщины оказываются лучшими пациентами, чем врачи[331].

Совершенно очевидным следствием стало повсеместное сокращение подготовки врачей, особенно значительное сокращение числа молодых мужчин, чернокожих и женщин из бедных и рабочих семей, поступающих в медицинскую профессию. Социальный статус и статус медицины, а также доходы врачей должны были повыситься до уровня, соответствующего её роли в обществе. По мнению Флекснера, эти изменения были обусловлены требованиями научной медицины, а также новой социальной ролью медицины.

Флекснер обнаружил, что только в двадцати трёх из 155 медицинских вузов страны требуется два или более лет обучения в колледже перед поступлением в медицинский вуз. 132 вуза принимали студентов со средним образованием или его эквивалентом. Последнее было бы приемлемой «временной адаптацией» в случае нехватки студентов для заполнения вакансий в медицинских вузах, но два года обучения в колледже дают «разнообразный и обогащающий культурный опыт», необходимый современному врачу[332].

Обучение биологии, химии и физике должно было быть обязательным для поступления студента в медицинский вуз. Учебная программа медицинского колледжа должна была основываться на этом. В течение первых двух лет студент изучал анатомию, физиологию, бактериологию, патологию и фармакологию. Получив такую основательную подготовку в области лабораторных наук, студент проводил третий и четвёртый годы в контролируемых клинических исследованиях. Только лучшие медицинские вузы, связанные с университетами и требующие двухлетнего предварительного обучения в колледже, предоставляли типовую учебную программу[333].

Таким образом, доклад Флекснера стремился унифицировать медицинское образование, согласующееся с потребностями научной медицины, и поднять статус медицинской профессии до уровня, соответствующего её важной социальной роли. Эта задача предполагала ликвидацию как частных школ, так и низших классов, ограничение возможностей женщин и чернокожих заниматься медицинской

[331] Там же, стр. 178–180; и Флекснер, «Автобиография», стр. 207. См. также Барбара Эренрайх и Дейрдре Инглиш. «Жалобы и расстройства: сексуальная политика болезни» (Олд-Уэстбери, Нью-Йорк: The Feminist Press, 1973).
[332] А. Флекснер, «Медицинское образование», стр. 26, 28-30
[333] Там же, стр. 52-89

практикой, а также повышение вступительных требований и стандартизацию учебной программы, превратив её в многоступенчатую четырёхлетнюю программу. Сокращение числа врачей не было просто побочным продуктом программы Флекснера. «Улучшению медицинского образования, — утверждал он, — нельзя сопротивляться на том основании, что оно разрушит школы и ограничит выпуск: это именно то, что необходимо»[334].

Анализ и рекомендации Флекснера поразительно напоминали взгляды ведущих реформаторов медицины того времени. Как минимум за десять лет до публикации доклада Флекснера в 1910 году медицинские журналы утверждали, что профессия переполнена и что улучшение медицинского образования — лучший способ ограничить выпуск. «Мы повышаем уровень медицинского образования год за годом, но «грибные» колледжи никуда не денутся», — жаловался Фрэнк Лидстон своим коллегам в 1900 году. «Мы сделали всё возможное, чтобы создать конкуренцию, выращивая врачей»[335].

В 1901 году журнал Американской медицинской ассоциации (AMA Journal) предупреждал, что рост медицинской профессии следует сдержать, «если отдельные члены ассоциации хотят, чтобы медицинская практика стала прибыльным занятием»[336]. А в 1905 году член Совета по медицинскому образованию В.К. Воган заявил на первой национальной конференции совета, что «предложение вполне соответствует спросу, и по этой причине сейчас самое время поднять барьер для поступления на одну ступень выше»[337]. Аргумент о том, что студентов-медиков следует набирать только из лучших слоёв общества, также не принадлежал Флекснеру[338].

На своей национальной конференции 1905 года и в следующем году совет настаивал на временном предварительном образовании, включающем окончание средней школы и по одному году обучения физике, химии и биологии в университете. Совет также рекомендовал четырёхгодичную программу обучения, включающую анатомию, физиологию, патологию, фармакологию и бактериологию в первые два года и контролируемые клинические исследования в последние два года[339].

Строгая университетская принадлежность была краеугольным камнем движения за реформу медицинского образования уже по

[334] Там же, стр. 16

[335] Г. Фрэнк Лидстон , «Медицина как бизнес-предложение», JAMA, 34 (1900), 1320

[336] JAMA, 37 (1901), 1119

[337] «Совет», JAMA, 44 (1905), 1471 г.

[338] Дополнительные доказательства взглядов реформаторов медицины на сокращение выпуска продукции и повышение классовой базы профессии см. в главе 2.

[339] «Совет», JAMA, 44 (1905), 1471 г.

меньшей мере сорок лет к моменту публикации Флекснером своего доклада. Университетская принадлежность большинства медицинских колледжей девятнадцатого века обеспечивала медицинской школе престиж и легитимность и давала университету право считаться медицинской школой, но административных и академических связей было мало. Чарльз Элиот, когда он стал президентом Гарварда в 1869 году, утвердил власть университета над медицинским факультетом и перевернул медицинскую школу «как блин», по словам Оливера Уэнделла Холмса, тогдашнего преподавателя школы. Новый режим Элиота повысил вступительные требования, учредил научные медицинские курсы и заставил факультет подчиняться обычным административным и академическим властям университета. Элиот надеялся привлечь эндаумент, продемонстрировав, что медицинская школа больше не является частным предприятием «для выгоды нескольких врачей и хирургов». Его план увенчался успехом. Подчинение медицинской школы университету стало ключевым пунктом в платформе реформаторов медицинского образования[340].

Совпадение анализа и рекомендаций Флекснера с рекомендациями профессиональной организации могло быть обусловлено убедительными утверждениями научной медицины. Другими словами, любые два исследователя-медика того времени могли прийти к более или менее одинаковым выводам, поскольку в рамках стратегии развития медицинской науки недостатки профессии и медицинского образования были очевидны. Однако связь Флекснера с профессией была тесной. Его брат был директором ведущего медицинского научно-исследовательского института страны, и он подробно консультировался с руководством Американской медицинской ассоциации (AMA) на протяжении всего своего исследования.

Фактически, с самого начала было чётко понятно, что исследование Карнеги станет частью кампании совета, подтверждая достоверность планов совета по реформам. За шесть месяцев до публикации доклада Флекснера президент Фонда Карнеги Притчетт написал Бевану:

> *Во всей этой работе по проверке медицинских вузов мы работали рука об руку с вами и вашим комитетом. По сути, мы лишь взялись за дело и продолжили проверку, во многом подобно вам, за исключением того, что, будучи независимым агентством, оторванным от реальной практики, мы можем делать то, что вы, возможно, не можете. Когда наш отчёт*

[340] Фредерик К. Шаттак и Дж. Льюис Бремер, «Медицинская школа, 1869–1929», в книге под ред. С. Э. Морисона «Развитие Гарвардского университета со времени инаугурации президента Элиота, 1869–1929» (Кембридж, Массачусетс: Издательство Гарвардского университета, 1930), стр. 558–562. См. также статью Фрэнка Биллингса «Медицинское образование в Соединенных Штатах», обращение президента, JAMA, 40 (1903), 1271–1276, где кратко изложена позиция организации по этому и другим пунктам платформы реформ.

*будет опубликован, он станет оружием в ваших руках[341].*

Беван, стремясь извлечь максимальную пользу из исследования Карнеги, хотел, чтобы Флекснер и Притчетт выступили на заседании Американской медицинской ассоциации за несколько месяцев до публикации доклада. Притчетт опасался, что если сговор между фондом и Американской медицинской ассоциацией станет достоянием общественности, и особенно до публикации, доклад потеряет свою убедительность, а «незаинтересованный» имидж фонда будет подпорчен. «Желательно, — добавил он в частном порядке Бевану, — пока сохранять позицию, не предполагающую непосредственной связи между нашими двумя проектами».

Подобный обман повысил достоверность доклада Флекснера, но не был необходим для происходящих преобразований. Он лишь способствовал развитию уже начавшихся социальных и экономических процессов.

## ВЛИЯНИЕ ОТЧЕТА

Когда отчет Флекснера был опубликован под названием «Бюллетень номер четыре», Фонд Карнеги подвергся «большей критике, чем можно было ожидать» за свою связь с «Медицинским трестом» — Американской медицинской ассоциацией (AMA) и её Советом по медицинскому образованию. Притчетт был смущён «несколько догматичным видом» доклада, который придавал убедительность обвинениям в сговоре с AMA, но Беван и AMA были «очень польщены такой связью». Независимо от того, как Притчетт относился к публичному очернению репутации фонда, ни он, ни фонд не отказались от своей поддержки AMA[342].

[341] Притчетт — Бевану, 4 ноября 1909 г., переписка с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги

[342] Притчетт Бевану. 18 июня 1910 г. и Беван Притчетту, 17 декабря 1910 г., переписка с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги. Отзывы о докладе Флекснера были неоднозначными. The New York Times (12 июня 1910 г.) похвалила доклад, но назвала его «слегка спорным и излишне раздражающим». The Chicago Daily Tribune (6 и 7 июня 1910 г.) отметила, что школы, получившие положительные оценки Флекснера, похвалили его доклад, в то время как те, которые были осуждены Флекснером, отрицали его обоснованность. В той же газете отмечалось, что «рекомендации склоняются к тому, чтобы лишить бедняка образования». American Medicine [5 (1910), 441-442] раскритиковала доклад за то, что в нем было сказано мало того, что уже не было известно в медицинской профессии, и за игнорирование «весьма очевидного прогресса последних десяти-пятнадцати лет». Журнал с тоской утверждал, что «время небольших, сравнительно незначительных медицинских колледжей отнюдь не прошло». New York State Journal of Medicine [10 (1910), 483-84] критиковал Фонд Карнеги за вмешательство во внутренние дела университетов и колледжей и нападал на «оптовую и неумеренную критику» американских

Притчетт не считал, что сотрудничество его фонда с медицинскими специалистами может поставить под угрозу более масштабные цели фонда. Только в 1913 году он начал замечать нарастающий конфликт между целями профессии, заключающимися в закрытии медицинских школ направо и налево, и целями фонда, заключающимися в рационализации высшего образования и обеспечении профессиональной группы для выполнения важной функции в обществе. Требование совета о предоставлении одного года подготовки к поступлению в колледж для поступления в каждый медицинский вуз страны не учитывало региональные различия, и особенно относительную отсталость Юга. Притчетт опасался, что та самая система классификации, которая так впечатлила его в 1907 году, использовалась для того, чтобы отделить медицинское образование от остальной системы образования, вместо того, чтобы постепенно оказывать давление на низшие школы, чтобы они удовлетворяли потребности медицинских вузов в предварительной подготовке. Он обвинил совет в игнорировании «образовательных результатов, которые может дать сама система образования», и предупредил, что «ваша власть быстро исчезнет, если вы будете отстаивать курсы, которые с точки зрения образования несостоятельны»[343].

Притчетт постепенно осознал, что интересы медицинской профессии приведут к действиям, противоречащим интересам, которые фонд стремился продвигать. К 1918 году Притчетту стало ясно, что Американская медицинская ассоциация (AMA) разрушит всё медицинское образование для чернокожих, если предоставить её самой себе. Веря в социальную значимость чернокожих врачей среди чернокожего населения, Фонд Карнеги поддерживал медицинскую школу Мехарри, в то время как городской совет присвоил ей класс B. Притчетт протестовал против «вопиющей несправедливости по отношению к негритянским молодежно-учебным заведениям», вызванной фактической политикой совета, не распространявшей на них ту же снисходительность, которая оказывалась белым школам на Юге. Политика ревностных реформаторов Американской медицинской ассоциации (AMA) приводила к закрытию медицинских школ и срыву попыток построить единую систему школьного образования, причём всё это без учёта общественных интересов, определяемых ведущими

медицинских школ в докладе. Гомеопатическая медицинская секта, конечно же, присоединилась к хору критики со стороны уязвленных профессиональных интересов, см. Homeopathic Recorder, 25 (1910), 241-43, 337-39, 413, 416; и 26 (1911), 15-16. JAMA [54 (1910), 1949] столь же предсказуемо похвалил доклад и выразил горячую надежду руководства, что «этот доклад привлечёт внимание богатых людей к необходимости фондов для медицинского образования».

[343] Притчетт — Н. П. Колвеллу, 29 декабря 1913 г., переписка с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги

фондами. Притчетт пригрозил созвать встречу своего фонда и фонда Рокфеллера, представителей некоторых лицензионных советов и дюжины «наиболее влиятельных медицинских школ», чтобы заставить совет «пересмотреть существующую классификацию медицинских школ»[344]. Спустя десятилетие после тёплой встречи с Беваном в Чикагском клубе Притчетт стал относиться к власти совета примерно так же, как доктор Франкенштейн относился к своему собственному творению.

Недовольство Притчетта использованием советом своей власти, несомненно, стало еще более болезненным из-за влияния, оказанного докладом Карнеги. Иногда забывают, что доклад не создал движение за реформу медицинских школ. Движение за научное медицинское образование принесло свои первые плоды четырьмя десятилетиями ранее. Чарльз Элиот возглавил реформу Гарвардской медицинской школы, начавшуюся в 1870 году. Также в семидесятых годах первая учебная больница была основана американским университетом в Мичигане, были восстановлены государственные советы по лицензированию врачей, а совет Иллинойса начал серию влиятельных отчетов о медицинских школах. Собственное обследование медицинских школ, проведенное Советом по медицинскому образованию в 1907 году, конечно же, было моделью для исследования Флекснера и само по себе оказало существенное влияние. Растущий контроль профессии над государственными советами сделал возможным быстрый «прогресс»[345].

Флекснер отметил, что ещё до публикации его исследования были достигнуты значительные успехи в реформировании медицинского образования. Программы медицинских вузов были продлены до четырёх лет, к дидактическим методам добавилась клиническая практика, лаборатории стали широкодоступными и расширились, были приняты стандарты приёма, которые соблюдались с разной степенью

[344] Притчетт обвинил совет в большей снисходительности к медицинской школе Университета Бэйлор, чем к Мехарри. Притчетт Колвеллу, 3 апреля 1918 г. и 2 мая 1921 г., а также другие письма между Притчеттом и Беваном с 1918 по 1922 г., переписка с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги. К 1917 г. Притчетт был настолько разочарован советом и, предположительно, стыдился собственной доверчивости десятилетием ранее, что сразу же отклонил просьбу Бевана о проведении фондом нового исследования, призванного дискредитировать «медицинские культы». Беван включал в этот термин «все, что маскируется под ответвления или культы в искусстве врачевания за пределами обычной научной медицины». Беван Притчетту, 23 марта 1917 г.; Притчетт Бевану, 3 апреля 1917 г.; и Клайд Ферст , секретарь Фонда Карнеги, Н. П. Колвеллу, 1 декабря 1917 г.; все в переписке с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги

[345] А. Флекснер, Автобиография, стр. 165; Сол Джарчо , «Медицинское образование в Соединенных Штатах, 1910–1956», Журнал больницы Маунт-Синай. 26 (1959), 339–40

приверженности, а в большинстве штатов были созданы государственные советы – полицейские органы, стоявшие за реформаторским движением. Последствия этих изменений были достойны восхищения. Он отметил, что число медицинских вузов сокращается, а независимые и коммерческие учебные заведения быстро сдают позиции[346].

Таким образом, доклад Флекснера способствовал уже начавшемуся процессу. Темпы консолидации и ликвидации медицинских школ были столь же быстрыми как до выхода доклада, так и после него. В период с 1904 по 1915 год около девяноста двух учебных заведений закрылись или объединились: сорок четыре из них – в первые шесть лет, до 1909 года, и сорок восемь – во вторые шесть лет, до 1915 года[347].

Отрезанные от источников финансирования, отчасти по рекомендации Флекснера, пять неодобренных медицинских школ для чернокожих вскоре закрылись. С таким же буйным расизмом в белых медицинских школах и медицинских обществах, как и во всем остальном обществе, медицинская помощь для чернокожих еще больше сократилась. В 1910 году на каждые 2883 чернокожих в Соединенных Штатах приходился один чернокожий врач (по сравнению с одним врачом на каждые 684 человека по стране в целом), но к 1942 году это соотношение выросло еще больше до одного чернокожего врача на каждые 3377 чернокожих[348]. Отношение Флекснера к женщинам в медицине, более радикальное, чем взгляды многих его современников, безусловно, способствовало тому, что с 1900 года до Второй мировой войны женщины составляли в среднем менее 5 процентов всех выпускников медицинских вузов. Сегодня женщины составляют около

[346] А. Флекснер, «Медицинское образование», стр. 10-11

[347] О влиянии доклада Флекснера см. Стивенс, Американская медицина, стр. 68-69; Ротштейн, Американские врачи, стр. 292-94; Марковиц и Рознер, «Врачи», стр. 101; Роберт П. Хадсон, «Авраам Флекснер в перспективе: американское медицинское образование, 1865-1910», Бюллетень истории медицины, 46 (1972), 545-61; Х. Дэвид Банта, «Авраам Флекснер — переоценка», Социальные науки и медицина, 5 (1971), 655-61; и Карлтон Б. Чепмен, «Доклад Флекснера Авраама Флекснера», Daedalus, 103 (зима 1974 г.), 105-117. Подробное обсуждение отчета Флекснера в его историческом контексте см. в статье Говарда С. Берлинера «Более широкий взгляд на отчет Флекснера», International Journal of Health Services, 5 (1975), 573–92.

[348] Herbert M. Morais , The History of the Negro in Medicine (New York Publishers Co., для Ассоциации по изучению жизни и истории негров, 1967), стр. 86, 100. Фактическая сегрегация по-прежнему существует как на Севере, так и на Юге. Чернокожие врачи обслуживают практически исключительно чернокожих пациентов, в то время как немногие белые врачи располагают свои кабинеты в бедных районах или районах проживания расовых меньшинств. См. Л. К. Грей, « Географическое и функциональное распределение чернокожих врачей: некоторые исследования и политические соображения », American Journal of Public Health, 67 (1977), 519–526; и Э Джей Зальбер и др., «Доступ к медицинскому обслуживанию в сельской местности на юге страны», Medical Care, 14 (1976), 971–86.

пятой части всех студентов-медиков, а чернокожие — около 6 процентов, что значительно меньше их доли в общей численности населения, но существенно выше, чем десятилетие назад, из-за недавней борьбы за политику позитивной дискриминации при приеме в медицинские вузы.

Отчёт Флекснера также способствовал ликвидации сектантских медицинских колледжей. Научные школы больше не называли себя «обычными». К 1932 году Артур Дин Беван мог с благодарностью сказать: «Мы, конечно, были очень благодарны Притчетту и Флекснеру» за то, что они позволили «нам прекратить деятельность» гомеопатических и эклектичных медицинских школ, существовавших в 1910 году[349]. Вклад Флекснера был не столь значительным, как вспоминал Беван: 31 гомеопатическая и эклектичная школа, сохранившаяся в 1910 году, сократилась на треть по сравнению с 1900 годом[350].

Прямое влияние доклада на профессию было умеренным, но косвенные последствия оказались монументальными. Как отмечал сам Флекснер, доклад обращался к общественности от имени движения за реформу медицины. Он помог «обучить» общественность принятию научной медицины и, что самое важное, «обучил» состоятельных мужчин и женщин направлять свою благотворительность на поддержку научного медицинского образования, ориентированного на исследования. Доклад Флекснера и поддержка Фонда Карнеги привнесли экономическую и политическую силу в борьбу, где они выступали в поддержку «обычных» врачей, а также учёных-медиков.

В течение года после публикации отчета Совет по общему образованию вступил в борьбу всерьез. К 1920 году GEB выделил почти 15 миллионов долларов на медицинское образование, а к 1929 году в общей сложности более 78 миллионов долларов. К 1938 году взносы всех фондов в медицинские школы превысили 150 миллионов долларов[351]. Часто используемая политика долевых грантов, требующая от учреждения-получателя самостоятельно собрать равную сумму, значительно увеличила влияние их фондов. Поскольку гранты фондов были обусловлены конкретными реформами в медицинских школах, фонды оказали большое влияние. Они вынудили школы принять исследовательскую ориентацию, потребовали от учебных больниц

[349] Цитируется в книге Джона Ф. Фултона «Харви Кушинг. Биография» (Спрингфилд, Иллинойс: Чарльз К. Томас, 1946), стр. 379. Память Бивена не подвела его (или, возможно, подвела его лучше, чем истина). Он помнил, что в то время существовало двадцать две гомеопатические школы и двенадцать эклектичных . Данные самого совета указывают на то, что в 1900 году существовало двадцать две гомеопатические школы, и никогда не было более девяти эклектичных школ одновременно (хотя в предыдущем столетии было основано тридцать две школы).

[350] «Медицинское образование в Соединенных Штатах», JAMA, 79 (1922), 629-37

[351] Ежегодный отчет Совета по общему образованию за 1919–1920 и 1928–1929 годы; и Стивенс, «Американская медицина», стр. 69

подчинить свою автономию и уход за пациентами потребностям и авторитету университетской медицинской школы и учредили оплачиваемые клинические профессорские должности.

Сила фондов заключалась в предоставлении внешнего капитала для реформы медицинского образования и самой профессии. Как поставщики этого капитала, они могли диктовать условия профессии. Однако в первые годы именно профессия определяла цели и стратегию. Фонд Карнеги предоставлял свои ресурсы ведущим медицинским специалистам. Доклад Флекснера объединил интересы элитных практиков, научных медицинских факультетов и богатого капиталистического класса. Доклад подтвердил правоту элитных специалистов и позволил им говорить с филантропами единым голосом, усиленным Фондом Карнеги. Без доклада Карнеги опасения по поводу «неправильной щедрости», высказанные AMA Journal в 1901 году[352], могли бы быть еще более обоснованными, чем они оказались.

## СОВЕТ ПО ОБЩЕМУ ОБРАЗОВАНИЮ: МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛУЧАЕТ ДРУГОГО УДАРНИКА

Пока Притчетт отражал нападки критиков и находил поддержку у реформаторов медицинской профессии, Флекснер был отправлен фондом за границу для изучения европейских медицинских школ. Вернувшись домой в Нью-Йорк весной 1911 года, когда он писал отчёт о своём личном расследовании, его пригласил на обед Фредерик Т. Гейтс.

Как вспоминал много лет спустя Флекснер об этой знаменательной встрече, Гейтс похвалил его за публикацию бюллетеня номер четыре и спросил: “Что бы вы сделали, если бы у вас был миллион долларов, с помощью которых можно было бы начать реорганизацию медицинского образования в Соединенных Штатах?”

Ни секунды не колеблясь, Флекснер рекомендовал передать всё это Уэлчу и медицинскому факультету Университета Джонса Хопкинса. Флекснер не мог бы порекомендовать никого в медицине, кто был бы ему ближе. Гейтс попросил Флекснера взять отпуск на несколько недель в Фонде Карнеги, чтобы тот мог поехать в Балтимор в качестве агента Совета по общему образованию и доложить о своих открытиях в Университете Джонса Хопкинса. Флекснер был в восторге и отправился в Балтимор, уверенный, что миллион долларов ему обеспечен[353].

В Балтиморе Флекснер обратился непосредственно к Уэлчу и

[352] «Искусство финансирования медицинских колледжей», JAMA, 37 (1901), 201
[353] А. Флекснер, «Автобиография», стр. 109–110; Р. Б. Фосдик, «Приключения в благотворительности», «История Совета по общему образованию» (Нью-Йорк: Harper and Row, 1962), стр. 154–155; и письмо А. Флекснера Ф. Т. Гейтсу от 24 июня 1911 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера.

объяснил, что GEB может добавить миллион долларов в фонд медицинской школы Джонса Хопкинса, и что он приехал изучить ситуацию и доложить Гейтсу. В тот же вечер Уэлч организовал ужин в клубе «Мэриленд» и пригласил двух самых выдающихся представителей медицинского факультета Хопкинса: Франклина П. Молла, анатома, фактически представлявшего факультет медицинских наук, и Уильяма С. Холстеда, хирурга и фактического представителя клинического факультета.

Молл говорил без колебаний: «Если школа сможет получить сумму примерно в 1 миллион долларов, по моему мнению, мы должны с ней сделать только одно — использовать каждый цент ее дохода на выплату заработной платы руководителям и ассистентам ведущих клинических отделений». Это, добавил Молл, «и есть великая реформа, которую теперь нужно заслужить» [354].

Предложение Молла стало основной темой доклада Флекснера Гейтсу. Флекснер рекомендовал выделить грант в размере 1,5 миллиона долларов на реорганизацию терапевтического, хирургического, акушерского и педиатрического отделений, обеспечив полную занятость клинических преподавателей. Согласно «плану полной занятости», клинические преподаватели, в то время зарабатывавшие на консультациях примерно от 20 000 до 35 000 долларов в год, должны были стать штатными сотрудниками медицинского факультета и передавать все гонорары за консультации в университет. Таким образом, доход заведующего отделением снизился бы до 10 000 долларов, что по-прежнему было очень высокой зарплатой для того периода, и до 2500 долларов для его ассистентов.

Доклад Флекснера, выдержанный в той же традиции тщательности, что и его «Бюллетень номер четыре» и собственные доклады Гейтса Рокфеллеру почти два десятилетия назад, произвел на Гейтса огромное впечатление. Рекомендация была неофициально принята в качестве политики, и, по просьбе Гейтса, Флекснер вернулся в Балтимор, лично объяснил её Уэлчу и дал ему неофициальное и конфиденциальное заверение в том, что заявка Хопкинса на 1,5 миллиона долларов для проведения реформ будет одобрена Советом по экономическому развитию (GEB). Уэлчу предстояло убедить свой факультет и попечителей университета провести реформу, поскольку это должно было стать единственным основанием для гранта CEB. «Никакого давления не оказывалось», — вспоминал Флекснер, «никаких побуждений не предлагалось». Всего 1,5 миллиона долларов[355].

Когда Флекснер представил предложение в GEB, план полной

[354] А. Флекснер, «Автобиография», стр. 110-11

[355] Там же, стр . 112–113; Фосдик, «Эдвенчер», стр. 157; А. Флекснер, «Из отчёта о Медицинской школе Джонса Хопкинса», архивы Фонда Рокфеллера

занятости уже имел влиятельного сторонника в совете. Тремя годами ранее Гейтс сыграл ключевую роль в установлении строгого положения о полной занятости врачей-исследователей в новой больнице Рокфеллеровского института[356]. В целях поддержания и дальнейшего развития капиталистического общества Гейтс считал, что план полной занятости будет способствовать применению научных достижений в медицине и ограничит независимость медицинской профессии.

Гейтс, директор по промышленности, финансам и филантропии, как и другие люди в его положении, верил в полезность науки и технологий. Наука могла бы открыть причины болезней, а технологии – разработать средства их профилактики или лечения. Но медицинская наука не смогла бы ни облегчить страдания мира, ни сделать рабочую силу более здоровой, если бы люди не могли позволить себе её услуги. Аналогичным образом, культурные и легитимирующие функции медицины не могли бы выполняться, если бы цены на медицинские услуги были недоступны работающему населению. Финансовая независимость медицинской профессии препятствовала донесению благ науки до людей. «Эта практика установления собственных цен, дарованная американским врачам по традиции, – писал Гейтс другим попечителям GEB, – является самым большим современным препятствием, существующим в Америке для пользы медицинской науки. Она слишком сильно ограничивает преимущества науки богатыми, в то время как она является законным наследием всех людей, и общественное здравоохранение требует, чтобы они ими обладали»[357].

Коммерциализм был уместен в экономических секторах, которые должны быть зарезервированы для получения прибыли, но в медицине он нарушал потребности капиталистического общества. План полной занятости был принят GEB в качестве центральной политики в медицинском образовании, чтобы помочь подчинить медицинскую профессию потребностям промышленного капитализма для полностью доступной медицинской помощи или, как выразился член правления Джером Д. Грин, чтобы уменьшить «коммерциализм в медицинской профессии»[358]. Если элитные, устанавливающие стандарты медицинские школы, поддерживаемые GEB, примут шкалу фиксированных цен на

[356] См. Джордж У. Корнер, «История Института Рокфеллера, 1901–1953» (Нью-Йорк: Rockefeller Institute Press, 1964), стр. 94; а также С. Флекснер и Дж. Т. Флекснер, «Уильям Генри Уэлч и героический век американской медицины» (Нью-Йорк: Viking Press, 1941), стр. 304. Эта политика была введена ещё до открытия больницы в 1910 году.

[357] Ф.Т. Гейтс, «Относительно частных пожертвований штатам и медицинской политики», меморандум в Совет по общему образованию, 26 февраля 1925 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

[358] Письмо Дж. Д. Грина доктору Генри А. Кристиану, 30 ноября 1914 г., архивы Фонда Рокфеллера

медицинские услуги, утверждал Гейтс, «общественное мнение в кратчайшие сроки обеспечит соблюдение этой шкалы, если она разумна, не только в их городах, но и в других городах, и, в конечном итоге, по всей стране»[359].

План полной занятости сыграл ключевую роль в финансировании медицинского образования в течение следующего важного десятилетия развития. Новая система изменила взаимоотношения медицинской профессии с университетскими медицинскими школами. И вызвала глубокие разногласия между реформаторски настроенной элитой медицинских обществ и филантропическими фондами Рокфеллера.

## ПОЛНАЯ ЗАНЯТОСТЬ: «ЗОЛОТО ИЛИ СЛАВА»

Как отмечал сам Флекснер, план создания штатных клинических преподавателей был предложен ему Моллом, хотя впервые публично он был выдвинут ещё в 1902 году Льюэллисом Ф. Баркером, бывшим коллегой Молла по Балтимору, а затем профессором анатомии в Чикаго[360]. Ранние истоки этой идеи можно проследить до менее известных истоков в немецких медицинских лабораториях, но её внедрение в Соединённые Штаты представляет интерес.

План полной занятости был впервые введен в Соединенных Штатах в 1893 году, когда открылась медицинская школа Джонса Хопкинса. Из-за акцента новой школы на исследованиях и широко распространенного опыта того, что местные врачи мало занимаются исследованиями в лабораторных науках, университет предоставил штатные должности преподавателей анатомии, физиологии, патологии и фармакологии. Образцами для реформы Хопкинса послужили немецкие медицинские лаборатории и университеты, где Уэлч и другие преподаватели-медики Хопкинса получили свою научную подготовку. Для некоторых новых преподавателей, которые ранее делили свое время между частной практикой и преподаванием лабораторных наук, план Хопкинса означал отказ от дохода в 10 000 долларов в год или более в обмен на зарплату в 3 000 или 4 000 долларов. Но способные молодые люди, которых активно набирали, как Уэлч и Молл, боролись за выживание без частной практики[361]. Для этих мужчин медицина была наукой и лабораториями, а не пациентами и визитами на дом.

Сам Уэлч никогда не мечтал стать врачом. После окончания Йельского университета он хотел стать преподавателем греческого языка, но перспектива безработицы помешала его амбициям и заставила

[359] Гейтс, «Частные пожертвования».
[360] Описательную историю возникновения плана полной занятости см. в книге Флекснера и Флекснера, «Уэлч», стр. 297–314, 320–28.
[361] Ричард Х. Шрайок, «Уникальное влияние Университета Джонса Хопкинса на американскую медицину» (Копенгаген: Эйнар Мунксгаард . Ltd., 1953), с. 19

его последовать примеру отца и посвятить себя медицине. Его интерес к медицине вскоре расцвёл, хотя и не с мечтами о врачебной практике. Уэлч был «вовлечён в анатомические и аутопсийные кабинеты желанием стать профессором патологической анатомии», — писал Саймон Флекснер, — «чтобы учиться и исследовать до конца своей жизни, не зарабатывая на жизнь практикой». Развитие научной медицины в Соединённых Штатах открыло для Уэлча возможность новой медицинской карьеры, и он амбициозно приступил к построению своего будущего в медицинских науках. Вернувшись из аспирантуры по медицине в Европе, Уэлч, с небольшой финансовой помощью друзей, основал первую в Соединённых Штатах лабораторию патологии в медицинской школе больницы Бельвью в Нью-Йорке. Оттуда он был приглашён в Университет Джонса Хопкинса президентом Гилманом в качестве одного из первых штатных преподавателей лабораторных медицинских наук и вскоре стал деканом этой выдающейся медицинской школы. Уэлч посвятил свою жизнь созданию первой «империи» медицинских центров, поиску расположения филантропов, инициированию реформ в медицинском образовании и исследованиях, а также планированию и организации новых программ и учреждений[362].

Франклин Пейн Молл, получив медицинскую степень в Мичиганском университете в 1883 году, отправился в Германию для прохождения дополнительной клинической подготовки и вернулся преданным своему делу учёным-медиком. В лаборатории Людвига и других лабораториях Молл научился любить науку и ценить свободу изучать то, что его интересовало. В своей анатомической лаборатории в Университете Джонса Хопкинса Молл был эффективным и организованным администратором. Он знал об инвестициях всех крупных университетов и фондов и умел привлекать исследовательские гранты в свою лабораторию. Молл придавал большое значение оригинальным исследованиям как части подготовки врачей. Он с надеждой утверждал, что если бы для получения степени доктора медицины требовались диссертации, «это стимулировало бы научную работу в медицинских школах, способствовало бы сокращению числа выпускников и повысило бы качество врачей»[363].

Именно Людвиг в Германии поведал Мэйлу идею о штатном преподавании в клиниках. Молл привёз эту идею в Балтимор и Чикаго и распространил её среди Баркера и других коллег. Молл рассматривал

[362] Дональд Флеминг, «Уильям Х. Уэлч и расцвет современной медицины» (Бостон: Little, Brown and Co., 1954), особенно стр. 21; С. Флекснер и Дж. Т. Флекснер, Уэлч, стр. 71-72

[363] Цитаты и информация о Молле взяты из книги Флоренс Р. Сабин «Франклин Пейн Молл. История разума» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1934), особенно стр. 29, 127-33, 203, 261, 264.

борьбу за штатное преподавание как состязание между клиническим факультетом и практикующими врачами, с одной стороны, и преподавателями лабораторных наук, с другой. Сторонники реформ требовали штатных преподавателей-лаборантов на первые два года обучения фундаментальным наукам в медицинской школе, и теперь «нам приходится требовать от последних двух лет обучения медицине того же, чего они требовали от первых двух». С чувством победы, вызванным предложением GEB в адрес Хопкинса, Молл добавил, что «день расплаты близок». Более низкие зарплаты штатных преподавателей не должны отпугивать талантливых мужчин и женщин от работы в этой области. Как любил выражаться Молл, врач должен выбрать, «кому поклоняться — золоту или славе».

У других преподавателей лабораторных наук были схожие мотивы. Многие, несомненно, были привлечены к медицинским наукам отчасти растущим престижем этой области, отчасти интересом к целенаправленной работе в лаборатории, а отчасти – желанием отвлечься от суеты пациентов и рутинных дел медицинской практики.

Для учёных-лаборантов ограничение врачей их зарплатой позволило бы достичь сразу нескольких целей. Во-первых, они считали, что медицина должна быть по сути наукой, посвящённой поиску биофизических причин заболеваний, а не искусством диагностики у постели больного и поиска обнадеживающих методов лечения. Во-вторых, поскольку медицинские науки процветали преимущественно благодаря преподавательскому составу, полностью посвящённому исследованиям и преподаванию, они полагали, что клиническое обучение также выиграет от исключительной преданности преподавателей исследованиям и преподаванию. В-третьих, поскольку медицинская школа конкурировала с частной практикой врачей за их время и энергию, ликвидация частной практики унифицирует и рационализирует организацию медицинской школы. Клиницисты больше не будут нести ответственность перед внешней практикой. Наконец, ликвидация частной практики врачей унифицирует материальные интересы всех преподавателей медицинской школы. Клинические преподаватели, оставив позади крупные и модные частные практики, будут получать свои доходы и репутацию из того же источника, что и преподаватели-лаборанты. По крайней мере, со времён Бенджамина Раша практикующие врачи использовали свои преподавательские должности в медицинских вузах для создания крупных, престижных и очень прибыльных частных клиник. Предлагаемый план полной занятости сократит число таких практик, сделав основной преподавательский состав клиники зависимым от медицинского вуза, и их лояльность больше не будет делиться между личными выгодными консультациями и потребностями вуза в исследованиях и преподавании.

Некоторые практикующие врачи, как и врачи-теоретики, осознавали необходимость в преподавателях, которые бы посвящали себя преимущественно преподаванию. Ещё в 1900 году журнал AM A Journal утверждал, что клинические отделения должны возглавлять врачи, «получающие достойную оплату труда и от которых можно требовать большего, чем от тех, кто рассматривает свои клинические услуги лишь как способ быстрого привлечения широкой частной клиентуры»[364].

Но по мере распространения новостей о плане Хопкинса росло возмущение среди частнопрактикующих врачей. Американская медицинская ассоциация (AMA) назначила специальный комитет по реорганизации клинического обучения. Его председатель, Виктор Воган из Мичигана, попытался занять промежуточную позицию, отвергнув чрезмерное участие клинических преподавателей в частной практике и одновременно выразив значительный скептицизм комитета по поводу плана полной занятости. Воган пришёл к выводу, что даже если бы план был идеальным, он был бы осуществим лишь для немногих хорошо обеспеченных медицинских вузов[365].

Многие клинические преподаватели утверждали, что штатные преподаватели медицинских вузов, работающие в лабораториях и палатах, становятся «плохими специалистами», поскольку больше озабочены исследованиями, чем страданием пациентов. Они утверждали, что без частной практики врач теряет связь с реальной медицинской практикой и служит плохим примером для студентов-медиков. Уильям Ослер, известный профессор медицины в больнице Хопкинса, проведший ряд реформ в клиническом преподавании, всегда был сторонником «медицины как искусства», а также науки. Он часто спорил с Моллом, который рассматривал медицину исключительно как исследовательскую науку. Когда Ослер покинул больницу Хопкинса и перешёл в Оксфорд в 1904 году, он с горечью признался Моллу: «Теперь я ухожу, а вы поступайте как хотите»[366]. Введение системы штатного обучения в больнице Хопкинса, должно быть, не удивило его, и он написал из Англии свою резкую критику предлагаемых изменений. Аналогичным образом, уважаемое Общество клинической хирургии, включавшее таких прославленных хирургов, как Чарльз Майо и Джордж У. Крайл, выразило своё несогласие с этой программой. К хору присоединились и другие общие и специализированные общества[367].

Нападки практикующих врачей на систему полной занятости выявили их идеологические, материальные и политические разногласия с академическими врачами, особенно с учёными-лаборантами. Хотя

[364] JAMA, 35 (1900), 501

[365] Виктор К. Воган, «Реорганизация клинического обучения», JAMA, 64 (1915), 785-90

[366] Цитируется в книге Сабина, «Молл», стр. 270.

[367] Фосдик, «Приключения», стр. 160

общий интерес практикующих врачей и учёных к продвижению научной медицины объединял их в конце XIX века, быстро возникли разногласия относительно того, что это означает. Учёные расходились с практикующими врачами по вопросам относительного веса науки и искусства в медицине, финансовых интересов практикующих врачей и того, кто должен контролировать медицину.

Учёные-медики и их союзники из фондов считали, что медицина лучше всего развивается как точная наука, изолирующая переменные в лабораторных условиях и находящая лекарство в очень точных лабораторных условиях. Практикующие врачи, занимающиеся продажей лекарств пациентам, редко осознавали важность лабораторного контроля для лечения людей в реальном мире. При всех своих недостатках, частные школы, по словам Розмари Стивенс, «по крайней мере, были твёрдо настроены на среднестатистического практикующего врача»[368]. Медицинская идеология, заложенная в плане очного обучения, теперь разделяла практикующих врачей и учёных.

Что больше двигало практикующими врачами – преданность делу или же соображения, связанные с их банковскими счетами, – вопрос, конечно, спорный. Эти вопросы были настолько переплетены, что так и не стало ясно, был ли аргумент о том, что медицина – это искусство, просто уловкой, скрывающей финансовые мотивы. Врачи яростно защищали свои материальные интересы от нарушений, связанных с планом полной занятости. Артур Дин Беван осудил этот план как «неэтичный и незаконный», поскольку он лишал клинических преподавателей возможности получать гонорары[369].

Наконец, план полной занятости выявил политический конфликт, возникший из-за различий в материальном положении практикующих врачей и учёных. Американская медицинская ассоциация (AMA) стремилась контролировать медицинское образование как инструмент контроля над доступом к профессии и, следовательно, над самой медицинской помощью. Преподаватели научных медицинских школ, с другой стороны, считали, что они должны контролировать медицинскую помощь. Учёные-медики, заметил видный британский физиолог в 1914 году, должны «перестроить всю систему, чтобы бороться с болезнями в их истоках... Несомненно, сейчас настало время, когда те, кто заложил научные основы новых достижений, должны собраться вместе, взять на себя роль генерала и показать, как следует вести борьбу»[370]. Благотворители Рокфеллера явно встали на сторону учёных-медиков и связали своё весомое состояние с армиями академических кругов.

[368] Стивенс, «Американская медицина», стр. 96

[369] Артур Д. Беван, «Отчет Совета по медицинскому образованию», JAMA, 65 (1915), 110-11

[370] Бенджамин Мур, «Значение исследований в развитии национального здравоохранения», Popular Science Monthly, 85 (1914), 366

За страстью атак Американской медицинской ассоциации (AMA) стояло осознание того, что должность медицинского преподавателя больше не будет прибыльным дополнением к частнопрактикующим врачам и что основная лояльность штатных клинических преподавателей будет принадлежать медицинским вузам, а не организованной профессии. Элитным практикующим врачам теперь придется выбирать между высоким доходом и уважаемой преподавательской и исследовательской должностью. Но что еще важнее для стратегии контроля за медицинским образованием, план полной занятости, сокращая доход врача и монополизируя его лояльность и материальные интересы в медицинской школе, отрезал бы клинический преподавательский состав от частнопрактикующих врачей. Вместо того, чтобы связывать интересы элитных практикующих врачей с интересами медицинских вузов, штатные клинические преподаватели помогли бы отделить медицинские вузы от организованной профессии частной практики. План полной занятости уменьшил бы влияние организованной профессии, в частности, Американской медицинской ассоциации (AMA) и ее Совета по медицинскому образованию, в медицинских вузах.

Конечно, в 1910-х годах всё было иначе, чем на рубеже веков. Стратегия реформирования профессии достигла большей части поставленных целей: научная медицина стала восходящей моделью медицинской практики и образования; число школ значительно сократилось, а следовательно, и выпуск новых врачей; были приняты поддерживающие законы и законы о лицензировании. Но план только начал работать, доходы и престиж врачей росли, и конца этому не было видно. Медицинские школы по-прежнему считались ключевым фактором стратегии и сохраняли контроль организованной профессии над своими материальными условиями. И руководство Американской медицинской ассоциации (AMA) не собиралось упускать этот контроль из своих рук. Профессионалы развернули кампанию по дискредитации и противодействию плану полной занятости.

## ПРОДАЖА ПРЕДЛОЖЕНИЯ О ПОЛНОЙ ЗАНЯТОСТИ

Уэлч, проницательный политик в области медицины, предвидел, какой фурор вызовет этот план. За четыре года до того, как Молл предложил эту идею Флекснеру, Уэлч призывал к реформам, которые позволили бы руководителям клинических отделений «посвятить основную часть своей энергии и времени» преподаванию и исследованиям, «без необходимости искать средства к существованию в загруженной сторонней практике и не позволяя такой практике стать их

основным профессиональным занятием»[371].

Когда Совет по экономическому развитию (GEB) предложил финансировать организацию клинических отделений больницы Хопкинса на условиях полной занятости, Уэлч столкнулся с дилеммой: как соблюсти интересы преподавателей лабораторных наук и врачей-клиницистов. Уэлч просил GEB разрешить некоторые исключения из правила о полной занятости, предоставив ректору университета или «какому-либо другому ответственному органу» право разрешать некоторым штатным профессорам, получающим зарплату, сохранять свои гонорары за консультации[372]. Совет категорически отказался допускать какие-либо исключения.

Факультет лаборатории единогласно одобрил план, но, как позже вспоминал Флекснер, «среди клиницистов произошел раскол»[373]. В течение двух лет Уэлч получил достаточную поддержку со стороны клинического факультета. Льюэллис Баркер, профессор медицины Хопкинса, который публично выступал за план полной занятости в 1902 году, воспрепятствовал его внедрению в Университете Джонса Хопкинса. Он выбрал «золото» вместо «славы» и оставил свою профессорскую должность, согласившись стать «клиническим профессором», получая небольшую зарплату от медицинской школы, но имея возможность посвящать большую часть своего времени прибыльной частной практике. На его место Теодор Джейнвэй отказался от своей кафедры в Колледже врачей и хирургов и элитной практики в Нью-Йорке, чтобы стать первым штатным профессором медицины в Соединенных Штатах. Уильям Холстед был назначен профессором хирургии, а Чарльз Хоуленд — профессором педиатрии. В октябре 1913 года Уэлч официально подал заявку на грант, приняв условие, что штатные клинические преподаватели всех рангов – от доцента до профессора – не будут «получать никакой материальной выгоды» от любых оказываемых ими профессиональных услуг. Совет немедленно проголосовал за одобрение заявки и выделение гранта в размере 1,5 миллиона долларов[374].

Три месяца спустя GEB принял решение направить все средства, выделенные на медицинское образование, на «внедрение системы полного рабочего дня в клинической практике». Флекснер был нанят советом для администрирования программы медицинского образования и приступил к работе с присущей ему энергией[375].

В течение года Уэлч сообщил, что «система полной занятости

[371] Ильза Вейт и Франклин К. Маклин, «Медицина в Чикагском университете, 1927-1952» (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1952), стр. 2 2

[372] Уильям Х. Уэлч, «Отчёт о финансировании университетского медицинского образования», 1911 г., копия в архивах Фонда Рокфеллера

[373] А. Флекснер, «Автобиография», стр. 114-115

[374] Письмо Уэлча к GEB, цитируемое в книге Фосдика «Приключения», стр. 158

[375] Там же, стр. 159

пользуется большим успехом» в больнице Хопкинса[376]. Холстед и Хоуленд нашли эту систему по душе, но Джейнвэй оставил свою должность в 1917 году, чтобы вернуться к частной практике в Нью-Йорке. Он был недоволен условиями полной занятости, написал он в широко разрекламированной журнальной статье, потому что «внешние обязательства» были для него основным источником клинических знаний, так и потому, что он и его семья привыкли к более высокому уровню жизни, чем он мог себе позволить на свою зарплату. Это «неестественно и противно чувству справедливости пациента», сказал он с большим сочувствием к своим пациентам, «что консультирующий врач не должен получать обычную плату за такие услуги»[377].

В 1919 году даже Ослер отступил от своего сопротивления. Он попросил Уэлча использовать своё влияние, чтобы убедить GEB «помочь Макгиллу открыть современные клиники медицины и хирургии». Ослер ясно дал понять, что не поддерживает схему очного обучения, но считает её необходимой в канадской школе, поскольку «создались новые условия», которые оставят Макгилл позади других первоклассных школ, введших очное обучение медицине и хирургии[378].

В течение следующих нескольких лет совет директоров проголосовал за выделение более 8 миллионов долларов из своих общих фондов на проведение аналогичных реорганизаций на постоянной основе медицинских факультетов Вашингтонского университета в Сент-Луисе, Йельского университета и Чикагского университета. Благодаря политике софинансирования эти средства составили ещё несколько миллионов долларов в поддержку реформ. В период с 1919 по 1921 год Рокфеллер-старший внёс в Совет по общему образованию 45 миллионов долларов специально на медицинское образование.

Первым ассигнованием из этого специального фонда стал грант в размере 4 миллионов долларов Университету Вандербильта, чтобы сделать Нэшвиллскую медицинскую школу моделью для Юга. GEB считал Нэшвилл своей «стратегической точкой» на Юге, а Вандербильт — учреждением, которое возглавит движение за улучшение «общественного здравоохранения и промышленной и сельскохозяйственной эффективности» Юга[379]. К 1960 году Вандербильт, главный белый университет совета на Юге, получил в общей сложности

[376] Письмо Уильяма Х. Уэлча Саймону Флекснеру, 5 декабря 1915 г., архивы Фонда Рокфеллера

[377] Цитируется в книге С. Флекснера и Дж. Т. Флекснера «Уэлч», стр. 326. Статья Джейнвэя называлась «Внешние профессиональные обязательства членов профессиональных факультетов» и была опубликована в журнале Николаса Мюррея Батлера «Образовательный обзор», 55 (1918), 207–219.

[378] Цитируется в книге С. Флекснера и Дж. Т. Флекснера «Уэлч», стр. 326–327.

[379] Письмо А. Флекснера Х.С. Притчетту от 27 марта 1919 г., переписка с GEB, архив Фонда Карнеги

17,5 миллионов долларов от GEB на медицинское образование. Медицинский колледж Мехарри, образцовая черная медицинская школа совета и одна из двух, которые, по мнению Флекснера, должны были выжить, получила менее половины суммы, выделенной белому учреждению[380]. Несмотря на свою относительную скупость по отношению к черному медицинскому образованию, совет твердо верил, что темнокожие врачи с научной подготовкой необходимы для улучшения здоровья чернокожих, защиты здоровья соседних белых и обеспечения элитного и «ответственного» руководства для черного населения. Благодаря ежегодным грантам, предоставляемым Мехарри, он осуществлял существенный контроль и даже ввел штатное преподавание медицины и хирургии в 1930-х годах, во главе которого стояли утвержденные белые преподаватели и специально выбранный белый президент[381].

Совет использовал свои 45 миллионов долларов, чтобы способствовать, если не принудительно, принятию плана полной занятости в ведущих медицинских вузах страны. Но не все вузы удалось убедить так же легко, как Хопкинс.

## БОСТОНСКИЕ АРИСТОКРАТЫ СОПРОТИВЛЯЮТСЯ

Гарвард категорически отказался принять план полной занятости. В 1913 году, обсуждая детали гранта Хопкинса с Уэлчем, GEB предложил Гарвардской медицинской школе подать заявку на грант для перевода своих клинических кафедр на полную ставку. Обремененная долгами медицинская школа пыталась получить неожиданную прибыль, прибегая к уловкам. Факультет запросил 1,5 миллиона долларов на реорганизацию всех своих клинических кафедр «на удовлетворительной университетской основе». Клинические профессора должны были «посвятить большую часть своего времени на учёбу и работу в больнице, но при этом могли взимать плату со своих частных пациентов, которых принимали в кабинетах, предоставленных учебной больницей. Это предложение едва ли соответствовало к тому времени общепринятому толкованию полной занятости, предложенному GEB[382].

Оппозицию строгой политике GEB в отношении штатных сотрудников возглавили два влиятельных члена клинического факультета Гарварда: Харви Кушинг, известный нейрохирург и главный хирург больницы Питера Бента Бригама (учебной больницы Гарварда), и Генри А. Кристиан, бывший декан медицинской школы. Кушинг и Кристиан, как и другие члены клинического факультета Гарварда, имели

[380] Фосдик, «Приключения», стр. 328
[381] Там же, стр. 180
[382] Фултон, «Кушин»г, стр. 383-84; и Фосдик, «Приключения», стр. 163

прибыльную частную практику, от которой они не собирались отказываться. Они считали, что для клинического факультета достаточно посвятить себя работе в учебной больнице и «ограничить свою профессиональную деятельность ее стенами». Взамен они хотели принимать гонорары от «пациентов, которые могли бы консультироваться в часы, которые мы сочли бы оправданными выделить для этой цели». Несмотря на свою преданность академической медицине, Кушинг даже подал прошение об отставке президенту Гарварда Лоуэллу. Но, как, несомненно, знал Кушинг, Лоуэлл считал знаменитого хирурга более важным для академической репутации Гарварда, чем 1,5-миллионный фонд[383].

Гейтс и Флекснер продолжали настаивать на строгом соблюдении полной занятости, отклоняя предложения Гарварда в течение нескольких лет переговоров. Помимо идеологической приверженности полной занятости, у членов GEB был прагматический стимул продвигать её как можно быстрее и шире. Гарвард и другие учебные заведения, позволявшие своим медицинским преподавателям сохранять гонорары за консультации, нападали на факультеты учебных заведений, придерживавшихся политики GEB. В 1921 году Дэвид Эдсалл, декан медицинской школы Гарварда, попытался переманить Чарльза Хоуленда, педиатра из Университета Джонса Хопкинса, предложив ему ту же зарплату, что он получал в Хопкинсе, плюс гонорары за консультации в частной практике. Флекснеру пришлось помочь Хопкинсу модернизировать свою материально-техническую базу, чтобы удержать там Хоуленда[384].

Гарвард смог противостоять плану перехода на полную занятость благодаря своей репутации ведущей научной медицинской школы, а также потому, что его клинический преподавательский состав был слишком влиятельным в правящих социальных кругах Бостона, чтобы его можно было легко отстранить. Уже к 1900 году преподаватели Гарвардской медицинской школы с гордостью заявляли, что контролируют «вероятно, больше клинического материала, чем любая другая школа в стране»[385]. Эти влиятельные медицинские деятели также были врачами высшего класса Бостона и благодаря своим доходам, а многие и происхождению, сами входили в элиту этого чрезвычайно классово-сознательного города. Они не собирались отказываться от своих привилегий в получении гонораров за консультации перед лицом

[383] Фосдик, «Приключения», стр. 163; и Фултон, «Кушинг», стр. 377-384
[384] Письмо А. Флекснера У. Баттрику , 7 мая 1921 г., архивы Фонда Рокфеллера
[385] «Причины, по которым Гарвардская медицинская школа предлагает наилучшие возможности для хирургической научной работы», написанные «членами хирургического отделения», приложение к письму Х. П. Боудича Джону Д. Рокфеллеру-младшему от 31 октября 1900 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

заманчивого предложения Фонда общего образования (GEB), особенно когда счета школы были сильно в минусе.

## СТРАХ И ТРЕВОГА В ЗАЛЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ

Тем временем Чарльз Элиот, прославленный бывший президент Гарварда и попечитель GEB, перенёс борьбу в зал заседаний совета директоров GEB. Элиот утверждал, что «значительные улучшения в лечении в последние годы произошли благодаря людям, занимавшимся частной практикой»[386]. Элиот продолжал отстаивать не только последнее предложение Гарварда, но и полную отмену политики полной занятости и обязательных контрактов, навязываемых GEB университетам, принимающим его пожертвования. Как можно совместить настойчивое требование GEB о полной занятости с теоретической политикой невмешательства совета, задал он риторический вопрос. Элиот напомнил совету, что он обязался не вмешиваться в деятельность учреждения-получателя, «за исключением вопросов, касающихся его благоразумного финансового управления». Тем не менее, совет выдвигал своё строгое толкование организации полной занятости в качестве условия предоставления гранта. «Это условие, на мой взгляд, не соответствует тому, что я всегда считал мудрой и общепринятой политикой совета», — дипломатично заключил Элиот[387].

Аргументы Элиота нашли отклик. Благотворительная деятельность Рокфеллеров подвергалась критике со стороны различных групп, отдельных лиц и газет, охватывающих значительную часть современного политического спектра. Ида Тарбелл подпитывала критику Джона Д. Рокфеллера и его финансовой империи своей «Историей компании Standard Oil», публиковавшейся с 1902 по 1904 год в журнале McClure’s Magazine. В 1904 году Теодор Рузвельт был избран президентом, выдвинув лживые обещания усмирить тресты. Воодушевлённое растущим народным недовольством «баронами-разбойниками» и желая направить это недовольство через стабильные политические институты, прогрессивное движение добилось поддержки со стороны судов и Конгресса, что позволило провести небольшие реформы и наказать крупнейшие тресты. В 1907 году федеральный судья Кенесо Маунтин Лэндис наложил на компанию Standard Oil of Indiana беспрецедентный штраф в 29 миллионов долларов за получение скидок от железной дороги Chicago and Alton Railroad. В судах рассматривался беспрецедентный антимонопольный иск. 15 мая 1911 года Верховный суд постановил расформировать Standard Oil Trust, контролировавший в

[386] Элиот цитируется в книге Фосдика «Приключения», стр. 163
[387] Там же, стр. 164

то время почти 90 процентов нефтепереработки и продаж в США. Ни одно из этих решений не уничтожило империю Standard Oil и не уменьшило состояние Джона Д. Рокфеллера и его семьи. Однако, будучи частью растущей общественной атаки на Рокфеллера и на неограниченное накопление капитала, эти нападки были восприняты Рокфеллерами и их промышленными, финансовыми и филантропическими организациями всерьёз.

Надеясь утихомирить народное возмущение и подстегнуть свой двигатель социальных преобразований, миллиардер из «Standard Oil» попытался добиться от Конгресса принятия устава нового Фонда Рокфеллера. Предложенный устав вызвал настоящую бурю протестов со стороны лидеров рабочего класса и прогрессивного движения, а также газет. Газета «Лос-Анджелес Рекорд» осудила «гигантскую благотворительность, с помощью которой старый Рокфеллер рассчитывает протащить себя, своего сына, своих откормленных в стойлах студентов и их верблюдов, навьюченных грязными деньгами, через „игольное ушко“». Выражая широко распространенное недоверие к благотворительности, газета утверждала, что «охваченные монополиями массы хотят не благотворительности ни под каким видом, а справедливости». Законопроект о создании устава провалился в Конгрессе на три года и в конечном итоге не смог погасить открыто выраженный общественный гнев»[388].

Организация Рокфеллера нашла более восприимчивое отношение в Олбани, и в 1913 году законодательный орган штата Нью-Йорк предоставил ей неограниченный устав. Но даже в Нью-Йорке антирокфеллеровские прогрессивные настроения продолжали преследовать как самого Рокфеллера, так и его корпоративные филантропические организации. В 1917 году сенатор штата Джон Бойлан внес законопроект об отмене устава фонда. Хотя эта атака также не остановила филантропическую деятельность Рокфеллера, она добавила шума к нападкам. Больше всего группу Рокфеллера в этой кампании возмутили показания и речи в поддержку законопроекта от Берда С. Колера , уважаемого биржевого маклера с Уолл-стрит и прогрессивного деятеля[389].

[388] Los Angeles Record, 14 мая 1912 г.; цитируется в книге Кэтрин Леверт «Источник истории Фонда Рокфеллера» (машинописная рукопись , переплетенная в 21 том, Архив Фонда Рокфеллера, около 1949 г.), стр. 23

[389] Письмо Бёрда С. Колера Старру Дж. Мерфи от 19 апреля 1917 г. и вырезка из газеты «Brooklyn Standard Union» от 12 апреля 1917 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2. Колер был сторонником прогрессивных идей. Он считал, что фонд проводит «искусственную линию разделения между более удачливым меньшинством и менее удачливым большинством нашего народа». В этом отношении он явно ошибался, поскольку фонд пытался скрыть классовое разделение в обществе.

Тем временем, программы фондов Рокфеллера и Карнеги подвергались более конкретным нападкам. Национальная ассоциация образования (NEA), собравшаяся в Сент-Поле в 1914 году, осудила образовательные программы фондов за внедрение недемократического контроля в школах. Рабочие и прогрессивные газеты поддержали резолюцию NEA. Радикальные органы понимали капиталистический характер программ фондов в сфере образования. Газета «Pittsburgh. Penn., Leader» считала программы фондов настолько эффективными, «что настоящим учителям трудно добиться успеха в борьбе с классовыми концепциями, которые так высоко ценятся в школах и колледжах»[390].

Однако самое радикальное обвинение было вынесено после «Ладловской бойни» на контролируемой Рокфеллерами компании Colorado Fuel and Iron Company. Когда в 1914 году рабочие горнодобывающего предприятия объявили забастовку, требуя признания профсоюза, восьмичасового рабочего дня и освобождения от удушающего экономического, политического и социального контроля компании над шахтерами Ладлоу и их семьями, компания ввела вооруженную охрану. 20 апреля частная армия компании совместно с государственной милицией застрелила шестерых рабочих и сожгла палатки, в которых были вынуждены жить семьи забастовщиков, кремировав в них двух женщин и одиннадцать детей. Ладловская бойня потрясла и без того возбужденное общественное негодование и сфокусировала гнев на Рокфеллерах. Профсоюзы, анархисты, социалисты и радикалы организовали демонстрации, требуя широких реформ для защиты прав трудящихся. Прогрессисты присоединились к призыву к действию, и даже консервативные газеты выступили с критикой горнодобывающей компании.

Конгресс создал, а президент Вильсон назначил Комиссию по трудовым отношениям для расследования дела Ладлоу, отношений между капиталом и трудом и роли филантропических фондов в целом. Комиссия, возглавляемая Фрэнком Уолшем, подвергла изучению и критике многие аспекты отношений капитала с рабочим классом и указала на важную роль фондов в построении надстройки для распространения контроля капитала на все общество. Комиссия Уолша вызвала в суд старшего и младшего Рокфеллеров, Чарльза У. Элиота и Джерома Д. Грина, для дачи показаний о деятельности Фонда Рокфеллера. В заключительном отчете комиссии отмечалось, что политика фондов Рокфеллера и Карнеги контролируется, чтобы соответствовать политике крупнейших корпораций страны, которые сами контролируются «небольшим числом богатых и влиятельных

[390] «Pittsburgh (Pa.) Leader», 10 июля 1914 г., вырезка из письма Старра Дж. Мёрфи Ф.Т. Гейтсу от 21 июля 1914 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

финансистов»[391].

Нападки на «Стандард Ойл» и на неограниченное накопление капитала, враждебность к фондам и программам Рокфеллера в частности, а также возросшая поддержка радикальных и социалистических движений рабочего класса произвели огромное впечатление на представителей рокфеллеровских филантропических фондов. Юджин Дебс, революционер-социалист, собрал почти миллион голосов на президентских выборах 1912 года. В офисах Рокфеллера и залах заседаний на Бродвее, 61, шум снаружи, должно быть, временами напоминал звуки иерихонских труб.

Член Совета по общему образованию Джордж Фостер Пибоди, нью-йоркский банкир, опасался, что нарастающая волна вынудит правительство взять на себя всю поддержку образовательных учреждений (лишив их фундамента власти и влияния), а также приведёт к «экономическому законодательству, которое будет препятствовать накоплению избыточного богатства» (что, собственно, и означает конец капитализма). Пибоди призывал к осторожности перед лицом подобных вызовов[392].

Чарльз Элиот опасался последствий классовых конфликтов, но считал, что лучшей защитой были программы, которые фонд уже реализовал:

> *Не стоит думать, что процесс накопления огромных состояний... будет продолжаться и в последующих поколениях... Зло, которого я с ужасом ожидаю в грядущие годы Республики, — это несправедливость, причиняемая теми, кто имеет, тому, кто не имеет, а также коррупция и расточительность в расходовании средств, собранных налогами. Против этого зла я не знаю иного средства защиты, кроме всеобщего образования, включающего постоянное воспитание справедливости и доброй воли[393].*

Сам Гейтс опасался возможной «конфискации» богатства, но верил в способность капитализма выжить. «Признание права зарабатывать и владеть излишками богатства знаменует собой рассвет цивилизации», — отметил он про себя в 1911 году[394].

Гейтс выступал за твёрдую позицию по принципу частного контроля над богатством и выступал против любых особых

[391] Комиссия по трудовым отношениям, Заключительный отчёт (Вашингтон, округ Колумбия: Barnard and Miller Print, 1915), стр. 116–119. См. также Джеймс Вайнштейн, «Корпоративный идеал в либеральном государстве, 1900–1918» (Бостон: Beacon Press, 1968), стр. 172–213.

[392] Письмо Г.Ф. Пибоди Ф.Т. Гейтсу, 5 ноября 1911 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

[393] Письмо Ч. У. Элиота Ф. Т. Гейтсу, 27 марта 1914 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

[394] Ф.Т. Гейтс, служебная записка самому себе или совету директоров (дата обращения: ноябрь 1911 г.), Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2

оборонительных стратегий. Когда президент Фонда Рокфеллера Джордж Винсент составлял годовой отчёт за 1917 год, Гейтс предложил исключить новое заявление о самоограничении политики. Среди прочего, новая политика запрещала фонду «поддерживать пропаганду, направленную на влияние на общественное мнение относительно общественного строя и политических предложений». Винсент защищал это заявление, утверждая, что «единственное, что, по-видимому, больше всего возмущает противников фондов, — это попытка контролировать общественное мнение»[395]. Была надежда, что официальное заявление, опровергающее обвинения, будет воспринято общественностью как вердикт о невиновности.

## СТРАХ ПОДРЫВАЕТ ПОЛИТИКУ ПОЛНОЙ ЗАНЯТОСТИ

Члены совета опасались, что контракты на полную занятость будут восприняты общественностью как очередной пример контроля частного капитала над, по сути, государственными учреждениями. Ожидание новых публичных нападок и ограничительного законодательства подрывало поддержку политики полной занятости в совете. Энсон Фелпс Стоукс, сменивший Пибоди в совете и олицетворявший осторожность, выступил против навязывания политики полной занятости через контракты. «Вопрос не в том, правы мы или нет в своих суждениях», — пояснил он. Сам план полной занятости не был проблемой. На самом деле, он считал эту программу похвальной.

> *Но это вопрос о том, можем ли мы позволить себе — принимая во внимание общественное мнение и наше огромное преимущество как совета — навязывать или, по крайней мере, требовать детальных условий относительно образовательной политики в медицине в сложных контрактах, которые могут быть изменены только с нашего согласия... Лично я считаю эту политику неразумной и чреватой серьезными опасностями[396].*

«Детальные контракты» – это политика, которую Гейтс перенёс из Американского баптистского образовательного общества в деловые отношения и благотворительные организации Рокфеллера. Применяемые GEB к грантам медицинским школам, контракты с университетами-получателями неизменно включали пункт, согласно которому в случае, если план полной занятости «будет, без согласия указанного совета по общему образованию, отменён, существенно

[395] Джордж Э. Винсент, Фонд Рокфеллера, обзор за 1917 год (Нью-Йорк: Фонд Рокфеллера, 1918), стр. 8; Письмо Ф.Т. Гейтса Г.Э. Винсенту, 20 марта 1918 г., и Письмо Г.Э. Винсента Ф.Т. Гейтсу, 25 марта 1918 г., Файл программы и политики, Архив Фонда Рокфеллера, группа записей 1

[396] Фосдик, «Приключения», стр. 164

изменён или отклонён, указанный университет по требованию указанного совета вернёт указанные ценные бумаги или любые ценные бумаги, представляющие собой реинвестирование»[397].

Опасения Стокса, что контракты станут достоянием общественности, оказались пророческими. В то время как Элиот, Лоуэлл и медицинский факультет Гарварда, как можно было ожидать, хранили джентльменское молчание о своём конфликте с GEB, более непредсказуемый президент Колумбийского университета, Николас Мюррей Батлер, был не прочь проболтаться. Под жёстким руководством Флекснера GEB предложил Колумбийскому университету существенный грант, но только при условии, что университет возьмёт на себя более решительный контроль над медицинской школой, уволит действующего декана и клинический преподавательский состав, одновременно введя политику полной занятости, сократит набор студентов в медицинскую школу и возьмёт на себя более полный контроль над Пресвитерианской больницей как учебным заведением[398].

После продолжительных переговоров между Батлером, Флекснером и представителями попечителей Пресвитерианской больницы Батлер отклонил предложения как «настолько реакционные и настолько противоречащие интересам общественности, медицинского образования и Колумбийского университета, что они ни при каких обстоятельствах не будут нами одобрены»[399].

Попечители Пресвитерианской больницы во главе с филантропами Эдвардом С. Харкнессом, У. Слоаном и Х. У. де Форестом выступали за создание нового медицинского центра и поддерживали все условия, выдвинутые GEB. В 1911 году Харкнесс выделил Пресвитерианской больнице 1,3 миллиона долларов, чтобы побудить их укрепить свои связи с Колумбийским университетом, предоставив медицинской школе исключительные привилегии преподавания в больнице и контроль над медицинским персоналом Пресвитерианской больницы[400]. Возмущенные отклонением Батлером предложений и его поддержкой существующего преподавательского состава, попечители больницы проголосовали за разрыв всех связей с медицинской школой Колумбийского университета[401].

Переговоры продолжались, и в 1919 году к ним присоединились Генри Притчетт и Фонд Карнеги. Фонд Рокфеллера и Фонд Карнеги совместно предложили по 1 миллиону долларов на строительство нового медицинского центра для Колумбийского университета и

[397] Там же, стр. 164
[398] Льюерт , «Справочник», стр. 5116, 5119-21.
[399] Там же, стр. 5115.
[400] «Ежегодный отчет Совета по общему образованию, 1920-1921» (Нью-Йорк: GEB, 1922), стр. 22
[401] Льюерт , «Справочник», стр. 5115–16.

финансирование его преподавательского состава. Однако Фонд Карнеги настаивал на полной реализации своей политики в отношении штатных сотрудников[402].

Притчетт не видел причин для такого упрямства. «Совершенно верно, — сказал он Флекснеру, — что некоторым профессорам разрешено заниматься небольшой консультационной практикой... Это не стопроцентное выполнение, но, должен сказать, это сопоставимо с заявлениями Ivory Soap о 99,44% чистоты»[403].

Притчетт не только не стремился к полному подчинению медицинского факультета посредством строгой политики полной занятости. Он также, и, возможно, более инстинктивно, опасался нападок на фонды и университеты-получатели. «Такой контракт, обязывающий университет следовать фиксированной политике, установленной донором, кажется мне опасным», — жаловался он Уоллесу Баттрику, президенту GEB. «Если бы эти контракты были обнародованы, я уверен, это вызвало бы суровую критику как на все образовательные фонды, так и на сами университеты. Мне кажется опасным проводить такую политику для тех, кто управляет трастовыми фондами»[404].

Стандартным ответом должностных лиц GEB на подобную критику их контрактов по плану полной занятости было заявление о том, что «эта политика была предложена нам попечителями и медицинским факультетом университета, и что условия контракта были такими, как они сами просили»[405]. Согласно этой выдумке, именно Уэлч предложил GEB план полной занятости. «Мы никогда не просили ни одно учреждение принять этот план», — утверждал Баттрик. «Предложение Хопкинса во всех деталях исходило от доктора Уэлча»[406]. Эта корыстная позиция подкреплялась тщательно сформулированными заявлениями в письмах, личными контактами и даже самими контрактами. Флекснер и другие устно и конфиденциально доводили до сведения требования совета, и они всегда следили за тем, чтобы любые письменные предложения исходили от учреждения. Кропотливые, почти придирчивые переговоры с преподавателями медицинской школы Колумбийского университета, президентом Колумбийского университета Батлером и попечителями университета опровергают

[402] Х. С. Притчетт Уоллесу Баттрику , 11 и 24 февраля 1919 г., переписка с GEB, архивы Фонда Карнеги

[403] Письмо Притчетта Флекснеру от 10 июня 1925 г., переписка с GEB, архивы Фонда Карнеги

[404] Письмо Х.С. Притчетта Уоллесу Баттрику , 11 ноября 1919 г., переписка с GEB, архивы Фонда Карнеги

[405] Письмо У. Баттрика Х.С. Притчетту от 21 ноября 1919 г., переписка с GEB, архив Фонда Карнеги

[406] Письмо У. Баттрика Гарри Пратту Джадсону, президенту Чикагского университета, 26 декабря 1914 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера

заявления GEB об отсутствии «фиксированной политики в отношении медицинского образования» и о том, что GEB никогда не пытался влиять на внутреннюю политику университетов[407].

После продолжительного сопротивления Гарварда и Колумбийского университета, публичного раскрытия обязывающих контрактов, публичной критики со стороны медицинских работников и долгой истории нападок на корпоративную филантропию, совет директоров в 1925 году изменил свои контракты и, следовательно, свою политику полной занятости. Элиот продолжал свои нападки на заседаниях совета вплоть до своей отставки в 1917 году, обвиняя GEB во вмешательстве во внутренние дела Гарварда, требуя организации полной занятости в качестве платы за целевые гранты. Член совета директоров Энсон Фелпс Стоукс продолжил борьбу за отмену обязывающих контрактов и узкого определения полной занятости, принятого GEB[408].

## Показуха: Гейтс побеждён

Хотя общественные требования отмены фондов или, по крайней мере, их строгого ограничения утихли с упадком прогрессивизма, вступлением Соединенных Штатов в Первую мировую войну и репрессиями против радикальных и социалистических движений после войны, большинство попечителей GEB опасались возобновления подобных нападок. «Когда-нибудь сила „мертвой руки“ снова станет предметом политических, если не народных, дискуссий», — предупредил Томас Дебевойз, юрисконсульт совета[409].

Дебевойз подготовил аргументы в поддержку большинства попечителей в их борьбе с Флекснером и Гейтсом. Во-первых, важно, чтобы совет не создавал впечатление, будто он контролирует учреждения-получатели. «Если совет попытается руководить деятельностью объектов своей щедрости, это повредит репутации совета», — утверждал Дебевойз. Во-вторых, для поддержания порядка в университетах обязательные контракты не нужны. «Большинство школ, получающих деньги от совета, возвращаются к нему как минимум

[407] Переписка по поводу медицинского факультета Колумбийского университета, 1917–1920 гг., документы GEB, архив Фонда Рокфеллера; и переписка У. Баттрика с Х.С. Притчеттом, 21 ноября 1919 г., с GEB, документы Фонда Карнеги.

[408] Письмо Ч. В. Элиота У. Баттрику от 24 апреля 1917 г., документы GEB, архив Фонда Рокфеллера; и письмо А. П. Стокса А. Флекснеру от 10 марта 1925 г., документы GEB, архив Фонда Рокфеллера. Стокс всегда с подозрением относился к публичной критике, утверждавшей, что GEB пытается контролировать образовательные учреждения с помощью своих грантов (см. письмо А. П. Стокса У. Баттрику от 29 января 1917 г., документы GEB, архив Фонда Рокфеллера).

[409] Письмо Т.М. Дебевойза Ф.Т. Гейтсу, 7 октября 1925 г., архивы Фонда Рокфеллера

дважды, и возможность того, что им потребуется дополнительная помощь, должна стать для них необходимым стимулом следовать идеям совета»[410].

26 февраля 1925 года совет проголосовал (при решительном несогласии Гейтса) за заключение договора с Чикагским университетом, согласно которому штатные клинические преподаватели не получали гонораров за пациентов, принимаемых в университетских больницах, но при этом им разрешалось «продолжать заниматься частной практикой по своим специальностям за пределами университетских больниц». Договор также позволял совету попечителей университета вносить «такие изменения и дополнения, которые университет может внести в будущем, исходя из образовательного и научного опыта»[411].

Окончательное поражение Гейтса и Флекснера произошло позднее в том же году. В конце сентября исполнительный комитет GEB проголосовал за изменение первоначальных контрактов с университетами Джонса Хопкинса, Вандербильта, Вашингтона (в Сент-Луисе) и Йельского университета, чтобы позволить советам попечителей пойти на компромисс в вопросе о предоставлении полной занятости (при желании). Гейтс специально просил зафиксировать свой отрицательный голос[412]. Гейтс воспринял своё поражение в возрасте семидесяти двух лет как личный выпад и политическую ошибку. На самом деле, изменение политики было незначительным и касалось скорее тактики, чем стратегии.

План полной занятости стал первым шагом в продолжающейся борьбе корпоративной филантропии за контроль над медицинским образованием и медицинской помощью – за установление принципа преобладания общественных потребностей, определяемых корпорациями, над интересами медицинской профессии. Это была первая масштабная попытка рационализации медицинской помощи в Соединённых Штатах. Гейтс ясно видел потенциальную ценность академической медицины: врачи подчиняются университету, университет контролируется богатыми людьми, а учёные-врачи исследуют причины заболеваний и устраняют эти причины в микробиологическом источнике. Все эти связи и функции гарантировали, что учёные-врачи, в отличие от своих коллег-практиков, будут служить поставленным перед ними потребностям, а не каким-то конкурирующим профессиональным интересам.

Но в 1925 году Гейтс был стратегом из другой эпохи. Хотя сам он был преданным управленцем, он был порождением сурового

[410] Там же
[411] Протокол заседания GEB от 26 февраля 1925 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера
[412] Протокол Исполнительного комитета GEB от 30 сентября 1925 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера

индивидуализма раннего корпоративного капитализма и так и не смог адаптироваться к доверию корпоративного либерализма к государству и другим бюрократическим организациям, управляемым профессионалами и менеджерами. Он не осознавал, насколько полно академическая медицина уже стала инструментом фундаментализма и капиталистических интересов.

Зависимое от внешнего финансирования капитальных и операционных расходов, медицинское образование могло управляться тем, кто платил по счетам. Усилия GEB и Фонда Рокфеллера по институционализации штатных клинических отделений принесли свои плоды, несмотря на сопротивление и окончательный провал обязательных контрактов. Из 13 миллионов долларов операционных расходов медицинской школы в 1926 году большая часть — 42 процента — ушла на заработную плату штатных преподавателей. Комиссия по медицинскому образованию сообщила, что за двенадцать лет, прошедших с момента запуска программы GEB совместно с Университетом Джонса Хопкинса, наибольший разовый прирост бюджета пришелся на «заработную плату и другие расходы клинических подразделений, особенно в тех учебных заведениях, где клинические отделения были организованы по университетскому принципу»[413].

Медицинские колледжи оказались в затруднительном положении. Зависимые от студенческой платы, они всегда чутко реагировали на требования студентов. К началу века государственные лицензионные комиссии стали требовать хотя бы основ научного медицинского образования. В 1907 году секретарь Ассоциации американских медицинских колледжей смог сообщить, что студенты больше не искали просто самый дешёвый путь к получению медицинской степени. Руководствуясь требованиями государственных комиссий, они хотели получить научное медицинское образование «и были готовы за него платить». Каждый медицинский колледж, который шёл в ногу с «лучшими школами», обнаружил, что «предпринятый шаг был выгоден во всех отношениях»[414].

Загвоздка была в том, что для осуществления этих изменений требовалось нечто большее, чем просто студенческие взносы. Хотя плата за обучение увеличилась, чтобы покрыть изменения — в 1910 году 81 процент медицинских школ взимали менее 150 долларов в год, тогда как в 1925 году 85 процентов взимали больше этой суммы — она не могла увеличиться сверх готовности среднего класса платить ее. Тем не менее, к 1927 году более трети годового дохода медицинских школ по-прежнему составляла плата за обучение. Доход от эндаументов к середине 1920-х

[413] Комиссия по медицинскому образованию, Дополнение к Третьему отчету (Нью-Хейвен: Офис директора исследования. Май 1929 г.), стр. 58

[414] Ассоциация американских медицинских колледжей, Труды 17-го ежегодного собрания, Вашингтон, округ Колумбия, 6 мая 1907 г., стр. 17

годов стал вторым по величине источником дохода и означал для большинства медицинских колледжей разницу между тем, станет ли он школой класса А или нет[415]. Влияние Совета по общему образованию и Фонда Рокфеллера было огромным.

## ГОСУДАРСТВЕННЫЕ УНИВЕРСИТЕТЫ: ПРОФЕССИОНАЛЫ, ГОСУДАРСТВО И КОРПОРАТИВНЫЙ ЛИБЕРАЛИЗМ

В период с 1919 по 1921 год Рокфеллер-младший, Флекснер и Гейтс убедили Рокфеллера-старшего выделить Совету по общему образованию 45 миллионов долларов на нужды медицинского образования. Поскольку программа фонда по созданию нескольких элитных частных медицинских школ была в самом разгаре, Флекснер решил распространить её на менее крупные, но всё же «стратегические» школы Запада и Юга.

*На Востоке медицинское образование полностью находится в руках частных учебных заведений. За исключением примерно восьми или десяти школ, медицинское образование на Западе и Юге находится в руках государственных университетов. Совет счёл целесообразным сотрудничать с учреждениями, финансируемыми из фондов, в развитии их медицинских школ. До сих пор у него не было опыта работы с государственными или муниципальными учреждениями в этой области. Однако очевидно, что для того, чтобы благотворительность г-на Рокфеллера оказалась эффективной в целом, необходимо сотрудничество с государственными и муниципальными университетами[416].*

Вскоре Флекснер представил совету директоров конкретное предложение о помощи Университету Айовы в строительстве современного медицинского центра на другом берегу реки, на месте его небольшого и устаревшего здания. Законодательное собрание штата значительно увеличило поддержку медицинской школы с менее чем 70 000 долларов в 1912–1913 годах до более чем 1 миллиона долларов в 1922–1923 годах. Но как бы щедро это ни было по отношению к медицинской школе, законодательное собрание не выделило все 4,5 миллиона долларов, необходимые для строительства нового медицинского центра. Уверенный в дальнейшей поддержке со стороны губернатора и законодательного собрания, Флекснер предложил благотворительным фондам Рокфеллера пожертвовать 2,5 миллиона долларов, а штат согласился собрать оставшуюся сумму из налогов жителей Айовы[417].

Когда Флекснер представил предложение совету директоров, Гейтс

[415] Комиссия по медицинскому образованию, Приложение, стр. 58-59
[416] Меморандум, декабрь 1919 г., цитируется по Фосдик, «Приключения», стр. 166
[417] Годовой отчет ГЭБ, 1922-1923, стр. 17-19

подготовил необычайно длинную и страстную речь. Бурное заседание проходило в течение двух дней в любимом месте отдыха Рокфеллеровских фондов, на ферме Гедни-Фармс недалеко от Уайт-Плейнс. Гейтс ораторствовал первую половину дня. Его седые волосы беспорядочно падали на лоб, а галстук съехал с места из-за резких жестов[418].

Гейтс раскритиковал предложенный грант Айове, потому что: (1) это был государственный университет, (2) он, следовательно, «контролировался налогоплательщиками», (3) «налогоплательщики не осведомлены о потребностях и стоимости первоклассного медицинского образования», (4) не было предпринято никаких попыток «дать Айове единственную высшую и простую вещь, в которой она нуждается, а именно, просвещение избирателей», (5) руководство коренного населения Айовы было неспособно осуществить свои идеалы подъема медицинской школы, и (6) предложение было представлено Флекснером, которого Гейтс привык презирать как выскочку, одного из «бюрократических чиновников, узурпирующих власть совета»[419].

Флекснер последовал за Гейтсом и представил свои аргументы в пользу поддержки медицинской школы Айовы «самым мягким образом, какой только можно себе представить». Он защищал план как осуществимый и необходимый. «Мы пытаемся содействовать развитию общенациональной, высококачественной системы образования в Соединённых Штатах. Если мы ограничим наше сотрудничество учреждениями, имеющими финансирование, мы фактически сможем работать только на Востоке». Краткая, сдержанная презентация Флекснера свидетельствовала о поведении человека, уверенного в победе[420].

В тот же день и на следующий день члены совета приняли участие в обсуждении. Подавляющее большинство проголосовало за финансирование предложения Айовы.

Гейтс так и не простил Флекснеру его противодействие. «Это поразительно, — гневно написал он Флекснеру. — Как вы могли ! Вы ни разу не ответили прямо ни на один из моих аргументов». Вопрос о невкладе средств в государственные университеты был для Гейтса священным[421].

Для Гейтса вопрос о пожертвованиях совета государственным университетам был связан с его взглядами на отношения между

[418] Фосдик, «Приключения», стр. 166-67

[419] Письмо Ф.Т. Гейтса А. Флекснеру, 2 декабря 1922 г.; цитируется в книге «Леверт , «Источник», стр. 5230–5231; и меморандум Гейтса, цитируется в книге Фосдик, «Приключения», стр. 167.

[420] А. Флекснер. «Автобиография», стр. 189; Письмо А. Флекснера Х. С. Притчетту, 1 ноября 1922 г.; цитируется по книге Фосдика «Приключения», стр. 167.

[421] Леверт , «Источник», стр. 5231

капиталом и государством и его отношением к народу в целом. Гейтс не выступал против существования государственных университетов. «В самом деле, следует признать немало преимуществ, вытекающих из того факта, что они финансируются за счёт налогов», — утверждал Гейтс. «Каждый налогоплательщик своими ежегодными налоговыми счетами уведомляется, что высшее образование не менее необходимо для демократии, чем окружная школа и средняя школа у него дома; и что все три в равной степени являются наследством его детей; что университет — это не привилегия, предназначенная для религии, досуга или богатства, но в равной степени принадлежит каждому гражданину»[422].

Однако пожертвования из частных источников нарушили бы «принцип» поддержки государственных университетов налогоплательщиками. Они также «бесполезны и безвозмездны»: в 1923 году государственные медицинские школы получили в пятнадцать раз больше государственных средств, чем в 1900 году, что свидетельствует о «гордости, которую законодатели и граждане испытывают за свои университеты», а также о трёхкратном увеличении благосостояния штатов[423].

Хуже того, пожертвования Рокфеллеровских фондов государственным университетам будут сочетаться с налогами на наследство, взимаемыми правительствами штатов и федеральным правительством, «чтобы конфисковать все очень крупные состояния». Поскольку Рокфеллеровские фонды были «единственной частью состояния Рокфеллеров, которая, безусловно, находилась в безопасности», никакие их средства не должны были быть «брошены в раздутую пасть конфискующих штатов»[424].

## «Спонсировать частные колледжи»

Такое отношение к штатам было официальной политикой GEB с 1906 года до политического заявления 1919 года о необходимости расширения программы медицинского образования на поддерживаемые штатом медицинские школы. Первоначально совету было пожертвовано Рокфеллером-старшим 1 миллион долларов в 1902 году. В 1905 году Гейтс и младший убедили старика пожертвовать еще 10 миллионов долларов, чтобы позволить совету расширить свою программу. Гейтс прикрепил письмо Рокфеллера, сопровождающее дар, в котором говорилось, что средства должны были быть использованы «для содействия всеобъемлющей системе высшего образования в Соединенных Штатах». Будучи членом совета, Гейтс приступил к

[422] Гейтс, «Частные пожертвования».
[423] Там же
[424] Там же

определению того, что «основатель» имел в виду в «своем» письме и даре. Гейтс подчеркивал необходимость формирования рационализированной системы стабильных колледжей и университетов, «всесторонне и эффективно распределенных»[425].

План Гейтса заключался в развитии частных учебных заведений в густонаселённых центрах путём предоставления им значительных фондов. Совет должен был «сотрудничать с конфессиональными организациями», которые тогда контролировали большинство частных колледжей, но колледжам не полагалось никакой помощи до тех пор, пока они оставались креатурами какой-либо церкви. Все колледжи и университеты, финансируемые Рокфеллером, как и в политике Фонда Карнеги, должны были быть строго внеконфессиональными и нерелигиозными. Кроме того, Гейтс заявил: «Мы должны захватить центры богатства и населения». Только они могут гарантировать постоянную поддержку университетов и колледжей, адекватный набор студентов и взаимовыгодные отношения между учреждением и местным бизнес-классом. Эти отношения были необходимы «для влияния, для полезности и для любой формы власти»[426].

Наконец, поддержка со стороны фонда обычно должна осуществляться в форме взносов в целевые фонды учреждений, а не ежегодных ассигнований на операционные бюджеты. Гейтс и Рокфеллер из своего опыта работы с Чикагским университетом усвоили, что поддержка операционных расходов колледжа может легко превратиться в зыбучие пески, поглощающие всю энергию и состояние фонда. Более того, Гейтс изложил четыре стратегические причины, по которым целевые фонды должны стать основной задачей GEB[427].

Во-первых, целевые фонды обеспечат университетам и колледжам финансовую стабильность, позволяя им привлекать преподавателей с «выдающимися способностями и достижениями», не выплачивая им высокие зарплаты. Высококлассных учёных привлекают «не деньги, а безопасность, постоянство и непрерывность работы, отсутствие отвлекающих факторов». Тот же аргумент, что людей привлекает академическая карьера из-за безопасности и возможности заниматься исследованиями, не отвлекаясь, несколько лет спустя был использован для обоснования спроса на штатных клинических преподавателей[428].

Во-вторых, предоставляя целевые фонды тщательно отобранным учреждениям, фонд мог бы «сохранять и концентрировать наши доходы...

[425] Гейтс, «Автобиография», неопубликованная рукопись , 1928 г., собрание Гейтса, архив Фонда Рокфеллера, стр. 463; Гейтс, «Некоторые размышления о вопросах политики», докладная записка совету директоров, 23 января 1906 г., собрание Гейтса, архив Фонда Рокфеллера.

[426] Там же

[427] Там же

[428] Там же

в стратегических точках, постоянно увеличивая их и накапливая». Эти средства не распылялись бы по мелким суммам на операционные бюджеты менее масштабных программ. В-третьих, общие целевые фонды, предоставляемые GEB, стимулировали бы другие пожертвования и личное участие местного бизнеса[429].

Наконец, финансовая стабильность колледжей, участие в них местных капиталистов и сохраняющаяся власть и богатство таких фондов, как GEB, не позволят колледжам и университетам попасть в руки народа. При достаточном финансировании «никакие крики масс не смогут помешать бесстрашному стремлению к истине и её распространению». Эта истина, как и сами колледжи, была задумана Гейтсом, цитируя Джона Стюарта Милля, «для того, чтобы возвышать умы, стремления и способности над толпой и просвещать праздные классы»[430].

Неудача государственных университетов заключается в их финансовой зависимости от законодательной власти и населения. «Этот факт становится веской причиной для финансирования частных учебных заведений», — откровенно заявил Гейтс совету. «Если испытание когда-нибудь наступит, силой, которая будет действовать наиболее эффективно для сохранения государственных учреждений, будут частные и конфессиональные колледжи и университеты, щедро обеспеченные, хранящие и преподающие истину, какими бы ни были страсти момента, и в конечном итоге направляющие общественное мнение в правильное русло». И, предсказывал Гейтс, руководить университетами будут частные фонды, «многочисленные и свободные». Они будут «так просвещать и направлять общественное мнение во все времена, что между демократией и её государственными университетами никогда не возникнет конфликта»[431].

Таким образом, предоставление фондов колледжам в системе высшего образования равносильно посадке «яблонь» в саду капитализма.

*Я хочу видеть в этой стране сотню колледжей, расположенных так, чтобы покрыть всю землю и не оставить ни одного места без присмотра; каждый из них должен быть посажен на плодородную почву; каждый должен быть расположен так, чтобы его не затмевали другие; каждый должен находиться под таким покровительством, которое будет заботиться о нем, следить за тем, чтобы его поливали, особенно в первые годы его существования; следить за тем, чтобы его надлежащим образом удобряли; следить за тем, чтобы разрушительные силы, которые всегда навязываются учреждениям, были устранены[432].*

[429] Там же
[430] Там же
[431] Там же
[432] Меморандум Гейтса, «написанный с целью прояснить мои собственные мысли» о конфликтах, возникших у него с членом совета директоров Чарльзом У. Элиотом по

## НОВАЯ РОЛЬ ГОСУДАРСТВА

В период действия политики Гейтса, направленной против пожертвований государственным университетам, GEB, председателем которого Гейтс был до 1917 года, часто вносил свой вклад в государственные программы. Совет обеспечивал зарплаты профессоров педагогики в южных государственных университетах для поездок по своим штатам с целью стимулирования развития средних школ, финансируемых из налоговых поступлений. Совет оплачивал расходы Министерства сельского хозяйства США на проведение демонстрационных сельскохозяйственных программ на Юге. Кампания по борьбе с анкилостомой на Юге и во всем мире проводилась государственными и национальными департаментами здравоохранения, расходы которых частично оплачивались деньгами Рокфеллера[433]. Однако между этими программами и вопросом пожертвований медицинским школам при государственных университетах было два важных различия.

Во-первых, организация Рокфеллера напрямую контролировала все эти программы. GEB назначал профессоров педагогики и определял их обязанности. Каждый профессор объезжал свой штат «как должностное лицо университета, наделенный его мудростью и моральным авторитетом». Средние школы, построенные благодаря его усилиям, оплачивались и поддерживались государственными и местными органами власти. Аналогичным образом, GEB нашёл и нанял Симена Кнаппа для разработки демонстрационной сельскохозяйственной программы. И, опять же, «работа по борьбе с анкилостомой проводится в каждом штате под прикрытием государственных советов здравоохранения, в то время как на самом деле она тщательно курируется сотрудниками г-на Рокфеллера и оплачивается деньгами г-на Рокфеллера»[434]. Очевидно, что Гейтс и филантропические организации Рокфеллера были готовы выделять деньги штату, когда штат предоставлял легитимное прикрытие для их программ, и когда они

поводу политики финансирования GEB. Элиот выступал за использование части средств на покрытие текущих расходов колледжей, в отличие от настойчивого требования Гейтса о постоянных фондах. Он критиковал представление Элиота о миссии совета директоров как слишком «скромное». «План доктора Элиота — покупать [яблоки] по доллару за бушель и распределять их. Мой план — сажать яблони». Меморандум от 28 февраля 1910 г., Архив семьи Рокфеллеров, группа записей 2.

[433] Э. Ричард Браун, «Общественное здравоохранение в империализме: ранние программы Рокфеллера в стране и за рубежом», Американский журнал общественного здравоохранения, 66 (1976). 897-903

[434] Гейтс, «Автобиография», стр. 456-57, 463-64

могли руководить этой деятельностью.

Во-вторых, высшее образование отличалось от других программ. Основная часть состояния Рокфеллера шла на расширение экономической базы общества — «наём рабочей силы, умножение средств существования и увеличение национального богатства». Но Гейтс признавал, что другие элементы цивилизации не менее важны для выживания этой базы. В то время как промышленность Рокфеллера «увеличивала национальное богатство», его благотворительность должна стимулировать «прогресс в государственном управлении и праве, в языке и литературе, в философии и науке, в искусстве и утончённости». И всё это «лучше всего достигается посредством высшего образования»[435]. Таким образом, институты, способствующие прогрессу в какой-либо одной сфере — сельском хозяйстве, государственных школах, здравоохранении — были не столь важны, как институты, способствующие прогрессу всей цивилизации.

Поскольку широко распространено мнение о том, что они играют основополагающую роль в современном обществе, колледжи и университеты стали более заметными, и, следовательно, одной национальной частной благотворительной организации стало сложнее их контролировать. Поскольку GEB и Фонд Рокфеллера не могли контролировать эти учреждения напрямую, им приходилось полагаться на людей в каждом штате. Для Гейтса было достаточно шатким полагаться на местный бизнес для контроля над частными колледжами. Было немыслимо передать этот контроль народу, даже через законодателей. Для Гейтса стало непреложным принципом не поддерживать программы государственных университетов, которые фонд не мог контролировать напрямую.

По мере того, как на Рокфеллера и его филантропические проекты нарастали общественные и правительственные нападки, уверенность Гейтса в способности частных колледжей и фондов защитить частное богатство сменилась горьким пессимизмом. «Слишком много доказательств для моего душевного спокойствия, — писал он Рокфеллеру-старшему после решения судьи Лэндиса по антимонопольному делу в 1907 году, — что там, где голос народа находит абсолютно свободное выражение, этот голос не является голосом разума, просвещения и, менее всего, глубоко укоренившегося чувства справедливости в общественных делах». Голос народа — это всего лишь «голос безрассудной жадности, стремящейся насильственно завладеть чужой собственностью»[436].

Хотя все политические, юридические, законодательные и

[435] Гейтс, «Основные принципы филантропии г-на Рокфеллера», 7 октября 1908 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

[436] Письмо Гейтса Рокфеллеру-старшему, 9 августа 1907 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

общественные нападки нисколько не уменьшили благосостояние Рокфеллера, они вселили достаточный страх в представителей капиталистического класса, сделав их несколько осмотрительными в своих действиях. Члены GEB отказались от обязывающих контрактов и строгой системы полной занятости. Но эти «зловещие» знамения времени ещё больше укрепили позиции Гейтса. Он решительно выступал против ослабления условий полной занятости и всё яростнее отстаивал свою точку зрения о потенциальном зле государственных университетов и важности «создания вокруг них в каждом штате кордона сильных, свободных, финансируемых из частных источников колледжей и университетов»[437].

Таким образом, для Гейтса борьба в Совете по общему образованию по поводу ассигнований медицинскому факультету Университета штата Айова была борьбой за фундаментальные принципы. Будет ли состояние Рокфеллера растрачено или, что ещё хуже, передано врагу? Совет ответил отменой политики, установленной Гейтсом.

GEB, включая Рокфеллера-младшего и его новых сотрудников, действовал не импульсивно или из страха, внося вклад в государственные университеты. Они были впечатлены необходимостью создания рационализированной системы медицинских школ и понимали, что значительная часть медицинского образования в стране неизбежно будет предоставлена государственным школам. Более того, они доверяли государственным университетам, потому что понимали силу институциональных структур и классовые связи профессионалов как движущую силу «конструктивных», но консервативных социальных и технологических изменений. Рэймонд Фосдик, один из новых членов GEB, а позже и президент его и Фонда Рокфеллера, объяснил поражение совета политики Гейтса: «Гейтс не понимал прогрессивных сил, которые, даже когда он говорил, превращали великие государственные университеты в социальные и научные лаборатории, которыми они стали»[438].

## МОДЕРНИЗАЦИЯ ГЭБ: ГЕЙТС СНОВА ПОБЕДИЛ

Вскоре после решения совета о продолжении финансирования гранта Айовы Флекснер подал другие заявки на финансирование медицинских школ, финансируемых штатом. К середине 1921 года совет проголосовал за поддержку ещё четырёх медицинских школ, финансируемых налогоплательщиками, — в университетах Цинциннати, Колорадо, Джорджии и Орегона, — которые приняли университетские

[437] Гейтс, «Размышления об общественных и частных пожертвованиях Рокфеллера», 31 декабря 1926 г., коллекция Гейтса, архив Фонда Рокфеллера

[438] Фосдик, №История Фонда Рокфеллера» (Лондон: Odhams Press, Ltd., 1952), стр. 117

соглашения, действовавшие в Университете Хопкинса и других элитных частных школах[439].

После пары лет принятия решений *ad hoc*[440] Гейтс настоял на том, чтобы его политику уважали, обсуждали и голосовали за неё. «Наши средства и наши правила политики, — заявил он совету директоров, — формируют наше наследие для наших преемников». Исключения «следует рассматривать как исключения. Крайне важно, чтобы эти последующие советы директоров имели письменно оформленные правила и привычку их применять»[441].

В конце 1924 года совет проголосовал за создание комитета для разработки политики помощи государственным университетам. В состав комитета GEB входили: Гейтс, Рокфеллер-младший, Джордж Винсент, президент Фонда Рокфеллера, Джеймс Энджелл, президент Йельского университета, Тревор Арнетт, вице-президент Чикагского университета, и Уиклифф Роуз, директор Международной комиссии по здравоохранению Фонда Рокфеллера. Комитет собирался не менее двух раз и представил свой доклад в конце мая 1925 года[442].

Двухстраничный отчёт, написанный Винсентом и Роуз, лаконично раскритиковал старую политику Гейтса. В нём отмечалось, что GEB, многочисленные подразделения Фонда Рокфеллера, Мемориальный фонд Лауры Спелман Рокфеллер и Международный совет по образованию – все они имели дело с университетами и другими учреждениями, финансируемыми налогоплательщиками, и оказывали им финансовую поддержку. В отчёте вежливо признавалось, что в 1906 году политика Гейтса была «разумной», но в 1925 году было явно «неразумно принимать настолько жёсткие принципы, чтобы препятствовать случайным пожертвованиям медицинским школам, рост которых мог бы иметь важное значение для национальной системы

[439] Годовой отчет ГЭБ, 1920-1921, стр. 30-34

[440] Ad hoc (дословно — «к этому») — латинская фраза, означающая «для данного случая», «специально для этого». Как правило, фраза обозначает способ решения специфической проблемы или задачи, который невозможно приспособить для решения других задач и который не вписывается в общую стратегию решений, составляет некоторое исключение. Например, закон ad hoc — это закон, принятый в связи с каким-то конкретным инцидентом или для решения какой-то особой задачи, который не вписывается в законодательную практику и не решает других схожих проблем; отдел ad hoc — это подразделение в организации, созданное для решения какой-то узкой задачи, не попадающей в сферу компетенции ни одной из постоянных структур. В некоторых случаях выражение ad hoc может иметь негативный подтекст, предполагая отсутствие стратегического планирования и реакционные непродуманные действия. (прим. переводчика).

[441] Гейтс, «Частные пожертвования».

[442] Протоколы заседания GEB с ноября 1924 г. по март 1925 г.; и письмо У. Баттрика Дж. Д. Рокфеллеру-младшему от 29 декабря 1924 г., документы GEB, архив Фонда Рокфеллера.

медицинского образования». В связи с бойкотом Гейтсом встречи и Валиасе… Баттрик удачно отсутствовал, чтобы не голосовать против своего друга, и совет директоров сделал так, чтобы де-юре политика совпадала с практикой фондов Рокфеллера[443].

Отмена контрактов на полную занятость и политика в отношении государственных университетов оказались для Гейтса невыносимыми. В октябре, всё ещё не оправившись от гнева, он ушёл из исполнительного комитета GEB[444].

Тот же пересмотр проводился в Фонде Карнеги, который не смог присоединиться к GEB и Фонду Рокфеллера в оказании помощи Университету Айовы из-за противодействия со стороны старожилов среди его попечителей, таких людей, как Элиху Рут, корпоративный юрист и бывший государственный секретарь[445]. Фонды и отдельные капиталисты утратили страх перед государственными учреждениями. Действительно, многие финансисты и промышленники, приверженцы нового корпоративного либерализма, видели большие возможности для стабилизации своих рынков и прибылей в сотрудничестве с государством. Достаточная инициатива в разработке законодательства и агентств исполнительной власти принесла плоды в создании регулирующих агентств, которые позволили наиболее мощным секторам нескольких отраслей промышленности контролировать и регулировать свою отрасль самостоятельно. Капиталисты, корпоративные менеджеры и специалисты в Америке начинали видеть государство в новом свете. Корпоративный либерализм воспринимал государство как гаранта стабильной, прибыльной экономики[446].

Государственные университеты не стали исключением. В последующие годы все крупные фонды с радостью разрабатывали программы в государственных университетах так же свободно, как и в частных. Как и в случае с врачами и медицинским образованием, чем дороже становилось содержание университетов, тем чаще университеты – как государственные, так и частные – обращались к любым агентствам или организациям, предлагавшим финансирование. Если предлагались деньги на развитие компьютерных наук, у дверей фонда выстраивались длинные очереди ректоров университетов, которые рассказывали,

[443] Протокол заседания совета от 28 мая 1925 г. и документ № 474, файлы GEB, архив Фонда Рокфеллера.

[444] Протокол Исполнительного комитета GEB, 9 ноября 1925 г., архивы GEB, архив Фонда Рокфеллера

[445] Леверт, «Справочник», стр. 5240, основанный на переписке между должностными лицами Айовы, Рокфеллером и сотрудниками GEB, а также Притчеттом из Фонда Карнеги.

[446] О развитии монопольного контроля посредством вмешательства государства см. Габриэль Колко, «Триумф консерватизма — переосмысление американской истории, 1900–1916» (Чикаго: Quadrangle Books, 1967); и Вайнштейн, «Корпоративный идеал».

насколько сильны их кафедры математики, статистики и электротехники и насколько эффективно они взаимодействуют в рамках молодой программы по компьютерным наукам в кампусе. Как и в случае с медицинскими вузами, крупный фонд финансировал несколько ключевых школ для разработки образцовых кафедр или программ. Вскоре после этого другие университеты копировали их или дорабатывали какие-то проблемные области в аналогичных программах, надеясь получить финансирование на исследования и привлечь новых преподавателей. Стратегии, разработанные в области медицинского образования, совершенствовались и применялись многочисленными фондами в широком спектре программ на протяжении многих лет.

Эта готовность использовать государственные университеты и другие государственные организации отчасти объяснялась изменившимся отношением бизнес-класса к государству, признав необходимость и ценность государственного вмешательства в экономику. Но у должностных лиц и попечителей фондов были и другие причины. Государственные университеты сыграли важную роль, реализуя разработанные фондом программы за счет налогоплательщиков. Подобно тому, как Совет по общему образованию способствовал развитию профессионально-ориентированных средних школ на Юге, за которые налогоплательщики брали на себя основные расходы, его положения о грантах на развитие в медицинском образовании и других областях обязывали университет продолжать поддерживать новую программу после прекращения финансирования фонда. Гейтс всегда поддерживал эту тактику для целей за пределами университета, но для Гейтса университет был слишком важным учреждением, чтобы доверить его «народу».

Однако решающим аргументом в пользу включения государственных университетов в программы фондов была необходимость. В 1908 году Эндрю Карнеги отказался от своего возражения против включения преподавателей государственных университетов в пенсионный план своего фонда, поскольку на Западе государственные университеты были доминирующими высшими учебными заведениями. Это же понимание убедило Джона Д. Рокфеллера-младшего и других членов GEB поддержать государственные медицинские вузы. Если фонды хотели развивать систему высшего образования, необходимо было включить в неё преобладающий тип учебных заведений.

Наконец, профессионалы как группа продемонстрировали свою ценность и преданность целям фондов. Профессиональные сотрудники самих фондов заслужили доверие своих работодателей – финансистов, промышленников, корпоративных юристов и президентов университетов, входивших в попечительские советы фондов. Большинство сотрудников доверяли своим коллегам-профессионалам.

Сам Гейтс доверял профессионалам, которых нанимал, и тем, кто работал над его программами, хотя в конце своей карьеры он резко разошелся с ними. Рокфеллер-младший голосовал вместе с советом директоров против Гейтса за расторжение обязывающих контрактов на полную ставку и финансирование медицинских школ государственных университетов; он сделал это, поскольку считал их важными для достижения общих с Гейтсом целей классового господства. Фонды не были захвачены своими сотрудниками, как утверждал Гейтс. Скорее, фонды завладели профессионалами. Они сделали для фондов то же, что другие представители профессионально-управленческого слоя уже делали для отраслей и финансовых организаций тех же людей.

Независимо от того, преподают ли экономисты или врачи и проводят ли они исследования в университете или разрабатывают и внедряют программы в фондах, профессионалы видят, что фонды поддерживают развитие их областей, обеспечивают им средства к существованию, способствуют расширению возможностей и вознаграждают за выдающиеся достижения.

Что плохого в сотрудничестве с подобными фондами? Разве ими, в конце концов, не управляют такие уважаемые люди, как ректоры университетов, директора корпораций и другие специалисты?

Именно такие отношения и подходы поощрялись Гейтсом и другими сознательными стратегами, которые создавали эти фонды и придавали им цель и направление. Подобно медицинским школам, вовлечённым в стратегию финансирования Гейтса и Флекснера, ведущие фонды заслужили лесть и подражание со стороны своих более слабых собратьев и сестёр. Гейтс действительно был опорой Совета по общему образованию и Фонда Рокфеллера до своего полуотхода от дел в 1917 году. Хотя его преемники внесли некоторые изменения в его политику и тактику, цели и стратегии Гейтса казались незыблемыми.

Корпоративные филантропы продолжали видеть свою миссию в том, чтобы улучшить функционирование капиталистического общества. Иногда они пытались сделать его более справедливым, но даже в этом случае вопиющая несправедливость приводила к движениям за радикальные перемены. В-целом, они придерживались корпоративно-либеральных взглядов, разработанных в эпоху Прогрессивизма и позднее поддержанных Рокфеллером-младшим. Его сын Дэвид, глава Chase Manhattan Bank, недавно сформулировал эту точку зрения, по-прежнему популярную в бизнесе и доминирующую в фондах:

> *Ввиду растущих требований о пересмотре общественного договора пассивная реакция со стороны бизнес-сообщества может быть опасной... Поэтому бизнесменам следует объединить усилия с другими реформаторами — будь то в правительстве, на территории кампуса или где-либо еще — чтобы предотвратить неразумное принятие крайних и эмоциональных мер, а, напротив, инициировать необходимые реформы,*

*которые позволят бизнесу продолжать функционировать в новых условиях[447]...*

Если фонды перестали бояться государства, то не потому, что отвергли цели или общие стратегии таких людей, как Гейтс. Они преследовали ту же цель: рационализировать высшее образование в целом и медицинское в частности, чтобы оно лучше служило капиталистическому обществу. В соответствии с господствующей в советах директоров Рокфеллера точкой зрения (но в отличие от личной точки зрения Гейтса), они приняли точку зрения корпоративного либерализма, согласно которой государство является необходимым инструментом рационализации отраслей, рынков, а также социальных и образовательных учреждений.

## ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

Реформа медицинского образования привела к борьбе за то, кто будет контролировать медицину и для каких целей. В конце XIX века учёные-лаборанты и элитные практикующие врачи образовали альянс для продвижения научной медицины, реформирования Американской медицинской ассоциации (AMA), получения законодательства о лицензировании и начала реформы медицинского образования. Доклад Абрахама Флекснера для Фонда Карнеги знаменовал собой кульминацию кампании по ликвидации частных медицинских школ, которые были изгоями всех сторонников научной медицины. Частные школы, чувствительные к потребностям среднестатистического врача общей практики, удовлетворяли потребности большинства студентов, перешедших в семейную практику, в то время как их преподаватели увеличивали свои доходы за счёт платы за обучение и консультаций, направленных бывшими студентами. Эти коммерческие школы, однако, штамповали «слишком много» врачей, сопротивлялись контролю со стороны медицинских обществ и были совершенно неспособны предоставлять научное, ориентированное на исследования медицинское образование, которое было необходимо лидерам реформ профессии и капиталистическим филантропам.

В докладе Флекснера, сосредоточенном на «коммерческих» медицинских школах и их низких стандартах, критикуется американское медицинское образование и программа реформ, объединившая элитных врачей, учёных-медиков и филантропов. Однако с быстрым упадком частных школ в 1910-х годах основа единства исчезла, и возникли более фундаментальные конфликты.

Организованная медицинская профессия, в частности Американская медицинская ассоциация (AMA), представлявшая

[447] Цитата Дэвида Рокфеллера из Wall Street Journal, 21 декабря 1971 г., стр. 10

практикующих врачей, хотела контролировать доступ к профессии, гарантировать, что подготовка врачей будет соответствовать недавно возникшему доверию общественности к техническим способностям врачей, а также гарантировать, что медицинские школы будут оказывать материальную поддержку и пропагандировать дальнейшее доминирование научной, технологической медицины.

Новые учёные-медики, особенно учёные-лаборанты, считали медицинские центры своей вотчиной. Они хотели получать большую долю средств, расходуемых на медицинское обслуживание, и через свои медицинские центры контролировать все медицинские услуги и учреждения. Они утверждали, что тем, кто является источником медицинской науки, разумно распоряжаться ресурсами новой научной медицинской системы.

Фонды, претендуя на объективность, основанную на их позиции, возвышающейся над групповыми распрями, стремились рационализировать медицинское обслуживание, создать эффективную и единую систему, которая способствовала бы здоровью людей. С этой целью Совет по общему образованию и Фонд Рокфеллера совместно выделили более 100 миллионов долларов на реформирование медицинского образования. Как и преданные своему делу академики, они считали, что медицинские вузы являются стержнем всё более технологичной системы медицины.

Фонд Карнеги вышел на передний план ещё до того, как конфликты между учёными-медиками и элитой практикующих врачей вновь обострились. Поддержка Совета по медицинскому образованию вдохновила реформаторски настроенных практикующих врачей и учёных, ориентированных на науку, на борьбу за контроль. Доклад Флекснера поддержал настойчивость практикующих врачей в закрытии медицинских колледжей и повышении социальной иерархии профессии, а учёные получили поддержку в направлении средств из фондов целевого капитала и средств на строительство в медицинские вузы. Класс капиталистов был воодушевлён тем, что наконец-то появилась система здравоохранения, полезная и соответствующая его интересам. Фонд Карнеги под личным руководством Генри Притчетта придал престиж и легитимность стратегии самой профессии.

Совет по общему образованию и Фонд Рокфеллера под руководством Фредерика Т. Гейтса выступили с иной стратегией. Вместо того, чтобы поддерживать схему руководства профессией, которая стремилась к единству ученых и практиков, филантропические организации Рокфеллера поддерживали доминирование ученых-медиков. Практикующие врачи исповедовали капиталистические ценности, желая получать прибыль от своих профессиональных услуг, как от малого бизнеса. Но Гейтс и другие лидеры фондов имели в виду более важную политическую и экономическую роль медицины, роль,

которая требовала, чтобы здравоохранение было организовано по максимально эффективным и продуктивным направлениям под руководством, продемонстрировавшим свою поддержку интересов всего капиталистического общества. Как и предупреждал журнал AMA на рубеже веков, было опасно позволять богатым капиталистам формулировать свои собственные филантропические планы[448]. План GEB по полной занятости наносил удар по интересам врачей и связям организованной профессии с медицинским факультетом.

Различия в стратегиях Карнеги и Рокфеллера можно проследить до Притчетта и Гейтса. До того, как основать фонд Эндрю Карнеги, Притчетт был президентом Массачусетского технологического института, а до этого – астрономом Береговой и геодезической службы США. Он был учёным и профессионалом, и его заботила подготовка и поддержание достаточного количества инженеров и квалифицированного персонала для нужд промышленности и правительства. Гейтс был бывшим министром, а с 1890-х годов – директором по промышленности и финансам. Министерский опыт Гейтса, вероятно, способствовал его восприятию роли социальных институтов как важной надстройки общества. Его повседневный опыт в сфере бизнеса, находясь на вершине капиталистического класса, дал ему широкий взгляд на потребности капитала.

Хотя эти два человека сыграли важную роль в формировании политики своих фондов, различия между ними не были личностными. Они расходились во взглядах на политические вопросы — что лучше всего отвечает потребностям капиталистического общества? — и их личные истории служат лишь источником информации о том, как развивались их различные политические взгляды. Оба они и оба фонда поддерживали рационализацию медицинской помощи. Гейтс предвидел проблемы медицинской профессии, которые Притчетт осознал лишь позднее. Притчетт несколько лет поддерживал план действий самой профессии, прежде чем его задела узость интересов Американской медицинской ассоциации и, в частности, Бевана.

Беван и другие врачи, возглавлявшие Американскую медицинскую ассоциацию, были возмущены нападением Совета по общему образованию на интересы врачей. Благотворительные фонды Рокфеллера стали «оказывать дестабилизирующее влияние, диктуя схему организации наших медицинских школ», — писал Беван Притчетту. «Их позиция стала реальной угрозой для здорового развития». Совет по общему образованию получил «плохие советы от людей, работающих в лабораториях и преподавателей анатомии и патологии», — жаловался он. Эти люди считали, что «лаборатория представляет медицинскую науку, и они скорее чувствуют, что клиническая медицина не является

[448] JAMA, 37 (1901), 200-01

научной». Беван утверждал, что в подготовке врачей «контролирующее влияние должно оказываться преподавателями клинической медицины»[449]. Но Притчетт видел результаты того, что медицинское образование остается на усмотрение практикующих врачей, заботящихся исключительно о своих собственных интересах, и они пренебрегают более широкой целью рационализации образования в обществе.

К 1920 году элитные практикующие врачи разорвали свой союз с медицинскими академиками и другими сторонниками рационализированной медицинской помощи. План обязательного страхования по болезни, спонсируемый Американской ассоциацией трудового законодательства — корпоративной либеральной организацией социальных реформаторов, просвещенных капиталистов и нескольких лидеров профсоюзов — завоевал поддержку нескольких ключевых людей в Американской медицинской ассоциации, начиная с 1915 года. С точки зрения того времени, усилия по рационализации медицины, как казалось врачам, так и людям из фондов, вели к упадку частной практики. В 1915 году Уэлч довольно снисходительно настаивал на том, что «следует приложить все усилия, чтобы спасти эту ситуацию», чтобы сохранить «прекрасный» институт семейного врача[450]. Мрачный прогноз для частной практики медицины был определенно преждевременным.

Когда местные лидеры медицинских обществ осознали «профессиональных филантропов» и их попытки «навязать нам что-то во вред», прогрессисты внутри Американской медицинской ассоциации (AMA) подверглись резкой критике. Учёные, такие как Уэлч, избранный президентом AMA в 1909 году, к тому времени оказались в изоляции. К 1920 году по меньшей мере 60 процентов врачей страны были членами AMA[451]. В условиях объединения стольких врачей для поддержки интересов практикующих врачей, отстранения учёных от руководства и отступления прогрессистов, таких как Александр Ламберт, консервативное руководство практикующих врачей восторжествовало, и это господство не прерывается и по сей день[452].

[449] Письмо А.Д. Бевана Х.С. Притчетту, 5 октября 1921 г., переписка с Американской медицинской ассоциацией, архивы Фонда Карнеги

[450] У. Х. Уэлч. «Обязанности больницы по охране общественного здоровья», Труды Национальной конференции благотворительных организаций и исправительных учреждений, 42-е ежегодное заседание, Балтимор, 12–19 мая 1915 г., стр. 215

[451] Марковиц и Рознер, «Врачи», 87

[452] История участия Американской медицинской ассоциации в социальном страховании с 1915 по 1920 год подробно изложена в книгах Элтона Райака « Профессиональная власть и американская медицина» (Нью-Йорк: World Publishing Co., 1967), стр. 136–146; и Берроу, «Американская медицинская ассоциация», стр. 132–151. Другие взгляды на влияние консерваторов в Американской медицинской ассоциации в 1920 году можно найти в книгах Шрайока «Лицензирование», стр. 91–94; и Стивенса, «Американская медицина».

К моменту отставки Гейтса из исполнительного комитета Совета по общему образованию в 1925 году усилия по рационализации медицинской помощи не достигли тех успехов, на которые он надеялся. Несмотря на ограничения, наложенные на его программу, позиция Гейтса стала основополагающим направлением в медицине на полвека.

# ГЛАВА 5
# Эпилог: Полвека медицины в корпоративно-капиталистическом обществе

В период с 1890 по 1925 год американская медицина буквально преобразилась революцией. Профессия врача прошла путь от позора и несбывшихся амбиций до престижа, власти и значительного богатства. Медицинская наука из лёгкого блеска в глазах профессионалов превратилась в устоявшуюся и мощную силу в обществе.

Эта американская история успеха объясняется несколькими историческими событиями. Во-первых, промышленный капитализм создал новую роль науки и её применения. Наука превратилась из джентльменского увлечения в важнейший элемент конкуренции за повышение производительности труда и снижение затрат на рабочую силу. Учёные воспользовались возможностью служить хозяевам этой новой экономики, получая взамен денежное вознаграждение и материальное обеспечение за свою работу, а также престиж за свои достижения и самих себя.

По мере того, как организация производства расширялась, а финансовая и правовая основа капитала усложнялась, капиталисты осознавали необходимость в менеджерах и специалистах для управления своими фабриками, банками и социальными институтами, обслуживающими общество и скрепляющими его. Университеты стали основными инструментами подготовки этой новой прослойки менеджеров, специалистов и учёных, а также организации научных исследований.

Во-вторых, врачи, недовольные состоянием своей профессии, осознали экономические, политические и технические преимущества применения науки к своему довольно грубому искусству. Приняв научную медицину, ведущие специалисты укрепили свой крестовый поход за монополию на врачебную практику. Основатели академической медицины предпочли «славу» «золоту» и продвигали дело медицинской науки. Работая вместе, элитные врачи и исследователи в области медицины переняли аналитические методы и критерии науки и перенесли обучение врачей в университеты. Они стремились к признанию себя в качестве законных профессионалов в вопросах здоровья и болезни. С помощью этой стратегии они завоевали политическую и финансовую поддержку нового корпоративного класса.

В-третьих, мобилизовав мощь корпоративного богатства в социальной сфере, фонды оказали беспрецедентную помощь в продвижении научной медицины и реформе медицинского образования. Будучи направляющей силой реформы и развития учреждений, призванных обслуживать научные, образовательные и культурные

потребности капиталистического общества, фонды сыграли ведущую роль в финансировании необходимых изменений в медицине. Предоставляя «пряник» субсидий жаждущим капитала медицинским школам, фонды обеспечили себе положение огромной власти в медицине с 1910 по 1930-е годы. В этот период фонды выделили около 300 миллионов долларов на медицинское образование и исследования. Розмари Стивенс пришла к выводу: «Таким образом, фонды были самой важной внешней силой, осуществившей изменения в медицинском образовании после 1910 года[453].

## ФРЕДЕРИК Т. ГЕЙТС И ФИЛАНТРОПИЯ РОКФЕЛЛЕРА

Из всех фондов именно Совет по общему образованию, по хвастливому, но справедливому выражению Авраама Флекснера, «оказывал ведущее влияние на реформирование американских медицинских школ по плану Хопкинса»[454]. Более 82 миллионов долларов, выделенных им на реформу медицинского образования к 1930 году, оказали огромное влияние, поскольку они использовали тщательно продуманную и неукоснительно соблюдаемую стратегию, в рамках которой они осознанно анализировали интересы и цели, которых хотели достичь, составляли план их достижения и устанавливали необходимые финансовые и программные условия для школ-получателей. Совет стремился к созданию рационализированной системы медицинского обслуживания, управляемой медицинскими школами, приверженными научному и технологическому типу медицины.

Фредерик Т. Гейтс и Совет по общему образованию не достигли всего, к чему стремились, но даже к 1929 году, году смерти Гейтса, они прочно закрепили три важные стратегии развития медицины в Соединенных Штатах. Во-первых, Гейтс и GEB отвели фондам важную роль — задать направление развития американского здравоохранения. Они взяли на себя право определять, какой вид медицинской помощи необходим их обществу, и использовали свое огромное корпоративное богатство для реализации этой идеи. В первые годы своего существования GEB обеспечивал лидерство, которому следовали другие фонды и состоятельные люди. Гейтс и его соратники добились власти над американской медициной отчасти благодаря своему богатству, но, что более важно, потому что они сформулировали интересы корпоративного класса в стратегии, которая получила достаточную

[453] Розмари Стивенс, «Американская медицина и общественный интерес» (Нью-Хейвен: Vale University Press, 1971), стр. 68–69; и Ричард Х. Шрайок, «Американские медицинские исследования, прошлое и настоящее» (Нью-Йорк: Commonwealth Fund, 1947), стр. 96–97

[454] Авраам Флекснер, «Авраам Флекснер: Автобиография» (Нью-Йорк: Simon and Schuster, 1960), стр. 37

поддержку для успеха.

Во-вторых, в рамках своей стратегии Гейтс и Рокфеллеровские филантропические организации продвигали доминирование научной, технологической медицины. Ввиду идеологической привлекательности этой новой медицины и её предполагаемой технической эффективности, филантропические организации и многие другие группы в индустриально развитых капиталистических обществах приняли аналитические теории и научно-исследовательские методологии медицинской науки и выступили за организацию медицинской практики исключительно вокруг технологической медицины. К 1930 году они твёрдо установили важность хорошо оснащённых медицинских центров для всех видов медицинской практики и организаций здравоохранения, а также для подготовки новых медицинских специалистов и развития знаний и методов.

Наконец, Гейтс и его последователи, как в рамках GEB, так и за его пределами, начали длительную борьбу за рационализацию медицинской помощи, то есть за координацию и интеграцию различных элементов системы для выполнения ею своих функций. Одним из главных препятствий в этой борьбе были частнопрактикующие врачи, чьё стремление наживаться на чужих болезнях и страданиях вызывало яростное сопротивление и обвинения в «коммерциализации» со стороны Гейтса и его коллег. Поскольку интересы организованной медицинской профессии противоречили целям максимально широкого распространения технических преимуществ и идеологических влияний медицины, филантропические фонды Рокфеллера открыто атаковали профессию. Хотя им не удалось полностью подчинить себе медицинскую профессию, они положили начало стратегии, которая в последующие десятилетия была продолжена и усовершенствована различными фондами.

Силы, зародившиеся при Гейтсе, продолжали развиваться в течение следующих полувека, как станет ясно из оставшейся части этой главы. Хотя фонды продолжали играть ведущую роль в медицинских вопросах, государство вскоре переняло у них главенствующую финансовую роль в реформировании и развитии медицинской помощи. Государство продолжило реализацию разработанных фондами стратегий рационализации медицинской помощи и развития технологичной медицины. В этой главе мы сосредоточимся на двух важных событиях, которые создали условия, непредвиденные Гейтсом и его современниками.

Во-первых, технологическая медицина создала возможности для развития новых медицинских отраслей, которые стали играть важную роль как в медицинской политике, так и в медицинской экономике. Рационализация была лишь применена к этому частному рыночному сектору, способствуя расширению и контролю капиталоёмких

медицинских отраслей, но не устраняя недостатков, присущих рыночно-распределенной медицине.

Во-вторых, постоянное внимание государства к медицинским технологиям служило интересам корпоративного класса в плане их легитимации и интересам групп, заинтересованных в медицинских технологиях. Однако взрывоопасный инфляционный эффект медицинских технологий в рыночной системе в конечном итоге подорвал поддержку их развития и способствовал частичной замене другими идеологиями легитимации. Как мы также увидим, ни одно из этих событий не привело к созданию системы медицинского обслуживания, отвечающей широко признанным потребностям населения.

## РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО РЫНКА. КОМИТЕТ ПО РАСХОДАМ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Одним из важных этапов в деятельности фонда по рационализации здравоохранения стал Комитет по расходам на медицинское обслуживание (ССМС). Комитет был сформирован в 1927 году и получил финансирование в размере миллиона долларов на исследования и расходы от восьми фондов, включая благотворительные фонды Рокфеллера, Розенвальда, Мэйси, Милбанка и Карнеги. В течение следующих четырёх лет сотрудники и консультанты ССМС подготовили двадцать шесть отчётов, а в 1932 году комитет представил заключительный отчёт, который в то время казался исчерпывающим[455].

В докладе документально подтверждено значительное неравенство в доступе к медицинскому обслуживанию в зависимости от уровня дохода. Семьи со средним и высоким уровнем дохода в среднем ежегодно посещали врача значительно чаще, чем семьи с низким уровнем дохода. Госпитализация, стоматологическая помощь, профилактические и офтальмологические услуги также тесно связаны с доходом семьи. Критический анализ комитета выявил важный принцип: продажа медицинской помощи как товара предполагает её распределение среди тех, кто может за неё заплатить, а не на основе потребностей. То есть, она распределяется в соответствии с классовой структурой общества.

Комитет рекомендовал реорганизовать медицинское обслуживание в систему групповой практики, расширить сеть больниц, рационально распределив их там, где это необходимо, ввести программы добровольного страхования для равномерного распределения

[455] Комитет по расходам на медицинское обслуживание, «Медицинское обслуживание американского народа: Заключительный отчет Комитета по расходам на медицинское обслуживание» (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1932).

финансовых рисков, связанных с заболеваниями, среди населения, а также обеспечить координацию здравоохранения со стороны государства. Суть этих рекомендаций заключалась в ограничении неконтролируемого влияния медицинской профессии на здравоохранение путем ослабления системы оплаты услуг частнопрактикующих врачей, укрепления позиций больниц в организации медицинских услуг и превращения неэффективного рынка медицинских услуг в рационализированную, регулируемую систему[456].

В докладе были сформулированы и легитимированы перспективы и цели кампании за реформу здравоохранения, подобно тому, как доклад Флекснера сделал это для кампании медицинской профессии за реформу медицинского образования примерно двадцатью годами ранее. Рекомендации были поддержаны практически всеми тридцатью восемью представителями органов здравоохранения, руководителями предприятий, представителями фондов, преподавателями медицинских вузов, социологами, представителями профсоюзов и государственными служащими комитета. В рамках ССМС они сформировали свободную коалицию, лидерами которой стали некоторые представители фондов и сотрудники, работавшие с Гейтсом и Рокфеллеровскими благотворительными организациями или с ними. На протяжении многих лет эта коалиция, к которой вскоре присоединились администраторы больниц и некоторые представители индустрии медицинского страхования, возглавляла усилия по рационализации медицинского обслуживания.

Девять представителей организованной медицины в комитете не согласились с докладом большинства, критикуя предложения о групповой практике и предоплаченном страховании и поддерживая добровольное страхование только при условии, что оно будет защищать практику с оплатой за услуги под контролем местных медицинских обществ. Хотя большинство членов комитета выступало за сохранение частной медицинской помощи, их предложения о более государственном финансировании и усилении координации медицинской помощи были восприняты частнопрактикующими врачами как объявление войны. Журнал AMA оказался на высоте положения, опубликовав классическую гиперболу:

[456] Хотя треть членов комитета были частнопрактикующими врачами, две трети были лицами, в целом приверженными рационализации медицинской помощи, включая министра внутренних дел Рэя Лаймана Уилбура и Уинтропа У. Олдрича, президента Chase National Bank и зятя Джона Д. Рокфеллера-младшего. Для других обсуждений ССМС см. Один У. Андерсон, «Непростое равновесие: частное и государственное финансирование медицинских услуг в Соединенных Штатах, 1875-1965» (Нью-Хейвен: College and University Press, 1968), стр. 91-103; и Элтона Райака , «Профессиональная власть и американская медицина: Экономика Американской медицинской ассоциации» (Кливленд: World Publishing Co., 1967), стр. 146-55

*Расстановка сил очевидна: с одной стороны, силы, представляющие великие фонды, официоз здравоохранения, социальная теория (даже социализм и коммунизм), подстрекающие к революции; с другой стороны, организованная медицинская профессия этой страны, призывающая к упорядоченной эволюции, направляемой контролируемым экспериментированием, которое будет соблюдать принципы, признанные на протяжении веков необходимыми для здоровой медицинской практики[457].*

Усилия этой «революционной» коалиции в 1930-х годах по разработке некой формы национального медицинского страхования потерпели поражение от рук хорошо финансируемой лоббистской машины Американской медицинской ассоциации (AMA). «Противоречие между «организованной медициной» и многими основными интересами в нашем обществе обострилось», — недавно заметил И. С. Фальк, директор по исследованиям ССМС, — «и начала формироваться дихотомия национального масштаба»[458]. AMA, как группа интересов, объявила гражданскую войну поддерживаемым корпоративным классом усилиям по рационализации медицинской помощи. Реформаторская коалиция внесла в Конгресс длинный ряд законопроектов о национальном медицинском страховании, но они были отклонены Американской медицинской ассоциацией, которая обладала богатством медицинской профессии и, как следствие, властью влиять на общественное мнение и голоса законодателей.

## ВРАЧИ И КАПИТАЛОЕМКИЙ СЫРЬЕВОЙ СЕКТОР

Однако в долгосрочной перспективе автономия медицинской профессии была подорвана теми же экономическими силами, которые способствовали, казалось бы, неудержимому росту её могущества, богатства и статуса. Подобно тому, как для финансирования развития медицинской науки и реформы медицинского образования требовался внешний капитал, технологическая медицина нуждается в финансовой базе, которая не может зависеть от оплаты услуг отдельных пациентов. Зависимость врачей от технологической медицины и её высокие капитальные и эксплуатационные расходы в конечном итоге ослабили политическую автономию профессии.

Больницы, например, предоставляли врачам новые диагностические и лечебные возможности, что делало врачебную

[457] JAMA, 99 (1932), 1950-52. См. также работу Раяка , упомянутую выше.
[458] И. С. Фальк, «Медицинская помощь в США: 1932–1972. Проблемы, предложения и программы Комитета по расходам на медицинскую помощь Комитету национального медицинского страхования», «Здоровье и общество», Milbank Memorial Fund Quarterly, 51 (зима 1973 г.), 6, 15

помощь более технически сложной и повышало престиж врачебной профессии. Но больницам требовались всё большие средства и стабильная система финансирования. Поскольку врачи не могли самостоятельно обеспечить финансирование строительства и оснащения больниц, им приходилось полагаться на филантропию, государство и коммерческие банки, чтобы обеспечить необходимый капитал. По мере роста потребности в операционном финансировании больницы вынуждены были не только выставлять счета отдельным пациентам, но и обращаться за помощью к ресурсам страховых компаний и государства. Аналогичным образом, врачи зависели от медицинских вузов, чтобы внедрять достижения, которые можно было бы применить в медицинской практике, обучать новых специалистов научным медицинским теориям и методам, а также социализировать новых членов в рамках норм, которые делали профессию сплочённой и влиятельной. Они также зависели от фармацевтических компаний, чтобы производить свою лекарственную продукцию (*materia medica*) – важнейшую основу их практики, поскольку рецептурные препараты давали врачам новые возможности, позволяя людям обращаться к ним за результатами медицинских исследований. Лекарственные препараты, больничный уход, медицинское оборудование и расходные материалы, а также медицинская страховка быстро стали важнейшими товарами медицинского королевства, которым правили врачи.

Частная медицина была основана на простых, или мелких, товарах, которые врач мог производить и продавать сам. Однако технологическая медицина сделала врачей зависимыми от капиталоёмких товаров, производство которых требовало значительных капиталовложений и значительного количества наёмного труда[459]. На протяжении десятилетий это развитие служило на пользу профессии. Медицинские технологии позволили профессии и этим новым группам интересов ещё больше разделить медицинскую помощь на отдельные единицы услуг и продукты, которые можно было продавать на медицинском рынке. Эта интенсивная «товаризация» медицинской помощи увеличила количество медицинских товаров, доступных для продажи. Врачи взяли на себя новую роль на этом рынке как посредники, а также как более «продуктивные» производители. Они могли контролировать всё большую часть всё более прибыльного медицинского рынка, претендуя на монополию на экспертные знания и власть над здравоохранением и растущим числом медицинских работников. Однако растущая зависимость профессии от капиталоёмкой медицины содержала в себе семена её политического упадка — утрату способности защищать

[459] Леонард Родберг и Гелвин Стивенсон, «Индустрия здравоохранения в условиях развитого капитализма», Обзор радикальной политической экономики, 9 (весна 1977 г.), 104–115

экономические отношения, на которых зиждилась частная практика. Это противоречие особенно остро ощущалось в больницах.

Как показал Комитет по расходам на медицинское обслуживание, больниц было недостаточно, и они были распределены нерационально в соответствии с потребностями. В 1930-х годах Фонд Юлиуса Розенвальда предоставил Американской ассоциации больниц (AHA) 100 000 долларов и заём своего сотрудника, доктора К. Руфуса Рорема (старшего научного сотрудника ССМС), для помощи AHA в рационализации управления больницами и организации ассоциаций «Голубой крест»[460]. Фонд и AHA надеялись, что программа страхования больниц обеспечит стабильный доход больницам, сильно пострадавшим от депрессии, централизует и интегрирует местные службы здравоохранения вокруг больниц и будет способствовать развитию добровольного медицинского страхования, по крайней мере, в части покрытия больничных расходов.

Планы «Голубого креста» имели феноменальный успех и доказали ценность механизмов оплаты «третьей стороной». Риск медицинских осложнений был распределен между многими людьми и семьями, что позволило им получить доступ к более дорогостоящим видам медицинской помощи. Требования профсоюзов о большей экономической защищенности и дополнительных льготах способствовали распространению групповых планов, связанных с работой. К 1947 году, после нескольких лет государственных военных контрактов с оплатой расходов, число участников «Голубого креста» достигло 27 миллионов, что составляло 19 процентов населения. После войны коммерческие страховые компании, следуя примеру «Голубого креста», энергично вышли на рынок медицинского страхования, который они ранее практически игнорировали. «Голубой крест» и коммерческие медицинские страховые компании превратили этот новый продукт в крупную отрасль, собрав в общей сложности 39 миллиардов долларов страховых премий в 1977 году, и укрепили финансовое положение больниц и их позиции в системе медицинского обслуживания[461].

Группы, объединившиеся вокруг Комитета по расходам на

[460] Эдвин Р. Эмбри и Джулия Ваксман, Инвестиции в людей: история Фонда Джулиуса Розенвальда (Нью-Йорк: Harper and Bros., 1949), стр. 128-31

[461] Подробный анализ деятельности «Голубого креста» см. в книге Сильвии Лоу «Голубой крест: что пошло не так?» (Нью-Хейвен: Издательство Йельского университета, 1974). Краткую историю участия «Голубого креста», «Голубого щита» и страховых компаний в коммерческом медицинском страховании см. в книге Германа М. Сомерса и Энн Р. Сомерс «Врачи, пациенты и медицинское страхование — организация и финансирование медицинской помощи» (Вашингтон, округ Колумбия: Институт Брукингса, 1961), стр. 249–340. Более поздние данные о страховых взносах см. в книге Роберта М. Гибсона и Чарльза Р. Фишера «Расходы на национальное здравоохранение, 1977 финансовый год». Бюллетень социального обеспечения, 41 (июль 1978 г.), стр. 3–20.

медицинское обслуживание, продолжали свою кампанию за реформирование медицинской помощи. Поскольку эти группы интересов выступали за координацию медицинской помощи под руководством медицинских вузов с больницами в качестве «логического центра» системы, больницы стали ярыми сторонниками реформ и рационализации, которые расширяли их роль и полномочия. При поддержке Американской медицинской ассоциации (AMA) свободная коалиция добилась принятия в 1946 году Закона об обследовании и строительстве больниц, более известного как Закон Хилла-Бертона[462]. Закон Хилла-Бертона стал еще одной важной вехой не только из-за 5 миллиардов долларов, которые он с тех пор выделил на строительство и модернизацию больниц, но и потому, что он ознаменовал вступление государства в качестве главной силы в систему медицинского обслуживания.

## ГОСУДАРСТВО: РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТНОГО РЫНКА

После Второй мировой войны государство стало проводником дополнительных средств для расширения и рационализации здравоохранения, взяв на себя основную роль фондов в финансировании реформ медицинского образования, а затем и в обеспечении операционного финансирования медицинских вузов и самой медицинской помощи. Вмешательство государства, конечно же, не было нейтральным. Интересы государства шире интересов любой заинтересованной группы, будь то в здравоохранении или в экономике в целом, но государство обладает лишь относительной автономией. В развитых капиталистических странах оно взаимозависимо с доминирующим экономическим классом. Высшие государственные чиновники непропорционально часто происходят из корпоративного класса. Налоговые поступления правительства зависят от «здоровья» капиталистической экономики. Кроме того, государство продвигает и защищает интересы корпоративного класса, особенно его доминирующих секторов. Хотя это может быть невыгодно какой-либо одной компании в конкретный момент времени, в долгосрочной перспективе государственное регулирование выгодно доминирующим фирмам в отрасли, допуская монополистическую концентрацию экономической власти, но не допуская, чтобы эта концентрация переросла в разрушительные войны за экономические захваты. Государство способствует процессу накопления капитала и

[462] Сводную информацию о программе Хилла-Бертона см. в книге Кембриджского исследовательского института «Тенденции, влияющие на систему здравоохранения США» (Вашингтон, округ Колумбия: Правительственная типография, 1976 г.), стр. 91–95.

легитимирует существующее капиталистическое общество. Открытая зависимость корпоративного класса от государства была сформулирована корпоративными либералами в эпоху Прогрессивизма. Хотя вмешательство государства в организацию производства и социальных отношений началось именно в этот период, оно быстро развивалось во время Великой депрессии и стало господствующим порядком во время и после Второй мировой войны. Государство стало играть такую же важную роль в медицине, как и в экономике в целом[463].

Хотя стремление государства рационализировать медицинское обслуживание было очевидным, было неясно, будет ли оно рационализировать его в условиях существующей частной собственности и контроля или же в условиях государственной собственности и контроля, как это делают многие западноевропейские страны. Последствия будут значительными.

Рационализация услуг здравоохранения под частной собственностью и контролем ускорила бы переход от простого товарного производства к капиталоёмкому, в то время как национализация начала бы превращать медицинские услуги из товаров в функцию государственной службы. Направление развития не было определено как политический вопрос. Оно формировалось и ограничивалось экономическими и политическими изменениями в здравоохранении и обществе в целом — отчасти противодействием Американской медицинской ассоциации (AMA) национальному медицинскому страхованию и отсутствием достаточно сильного и грозного рабочего движения, отчасти ростом мощного капиталистического товарного сектора в здравоохранении и отчасти ролью государства в развитых капиталистических странах.

В Европе национальные программы медицинского страхования были созданы либо достаточно консервативными правительствами в ответ на воинствующее восстание рабочего класса, грозившее свергнуть государственную власть и сам капитализм, либо рабочими или социал-демократическими партиями, одержавшими достаточное количество побед на выборах. В 1883 году Бисмарк принял Закон о страховании по болезни, чтобы сдержать растущую поддержку социализма среди немецкого рабочего класса. В Англии Ллойд Джордж и Либеральная

[463] См., например, G. William Domhoff. The Higher Circles: The Governing Class in America (Нью-Йорк: Vintage Books, 1971); Ralph Miliband, The State in Capitalist Society (Нью-Йорк: Basic Books, 1969); Claus Offe, “Political Authority and Class Structures: An Analysis of State Capitalist Societies”, International Journal of Sociology, 2 (1972), 73-108; и James O'Connor, The Fiscal Crisis of the State (Нью-Йорк: St. Martin's Press, 1973). «Анализ государства и здравоохранения при капитализме» см. Marc Renaud, “On the Structural Constraints to State Intervention in Health,” International Journal of Health Services, 5 (1975), 559-71; и Винсент Наварро, «Медицина при капитализме» (Нью-Йорк: Prodist , 1976), стр. 183-228

партия приняли в 1911 году Закон о национальном медицинском страховании, чтобы перетянуть голоса рабочих на свою сторону, оттеснив социалистическую Лейбористскую партию. Когда Лейбористская партия наконец пришла к власти после Второй мировой войны, она национализировала больницы и систему страхования, приняв Закон о национальной службе здравоохранения.

В Соединённых Штатах рабочий класс был ближе всего к угрозе правящей власти в эпоху Прогрессивизма, когда Социалистическая партия одержала значительные победы на выборах, а её боевое крыло набирало поддержку для более революционной деятельности. В 1916 году Американская ассоциация трудового законодательства (AALL), союз прогрессивных бизнесменов и реформаторов, а также лидеров несоциалистического профсоюзного движения, внесла свой типовой законопроект об обязательном медицинском страховании в законодательные собрания нескольких штатов. Хотя некоторые деятели прогрессивной Американской медицинской ассоциации (AMA) поддержали законопроект, он был подавлен частнопрактикующими врачами, объединившимися внутри и вне Американской медицинской ассоциации для отражения этой «атаки[464]», а также консерватизмом и политическими репрессиями, охватившими страну после вступления Америки в войну.

В отсутствие достаточно независимого и боевого движения рабочего класса национальное медицинское страхование продолжало терпеть поражения в последующие десятилетия. На протяжении 1930-х и 1940-х годов Американская медицинская ассоциация (AMA) продолжала яростно противостоять любому федеральному вмешательству в финансирование медицинской помощи. Либеральные реформаторы пытались включить национальное медицинское страхование в Закон о социальном обеспечении в рамках Нового курса в ответ на Великую депрессию и активную организацию среди безработных и промышленных рабочих. Но AMA была достаточно влиятельна, чтобы исключить любое упоминание о здравоохранении из законопроекта о социальном обеспечении. В 1940-х годах AMA вела хорошо финансируемые, энергичные и успешные кампании против предложений Вагнера-Мюриэя-Дингелла и Трумэна о национализированной системе медицинского страхования. Ассоциация даже пришла к поддержке добровольного частного медицинского страхования как «американского пути», чтобы подорвать растущую поддержку государственной программы национального медицинского страхования[465]. Наконец, признав свое поражение, либеральные

[464] См. Райак, «Профессиональная сила», гл. 5; и Джеймс Г. Берроу, Американская медицинская ассоциация, «Голос американской медицины» (Балтимор: Johns Hopkins Press, 1963), гл. 7

[465] Райак, «Профессиональная сила», гл. 5; и Берроу, «AMA», стр. 194-251, 293-301,

сторонники реформы здравоохранения перешли к отстаиванию предложений об ограничении государственного медицинского страхования бенефициарами программ социального обеспечения.

Депрессия и Вторая мировая война прочно закрепили принцип федерального вмешательства в экономику для организации и стимулирования производства и необходимых социальных институтов и услуг. Закон Хилла-Бертона был примером того, как этот принцип был распространен на медицинское обслуживание. Но Американская медицинская ассоциация (AMA) продолжала свое многолетнее сопротивление увеличению числа студентов-медиков и отклонила предложения о прямой помощи медицинским вузам. Тем не менее, был открыт черный ход с фондами медицинских исследований, которые AMA приветствовала как способствующие развитию медицинских технологий, чтобы помочь покрыть часть накладных расходов и зарплат в медицинских вузах. В 1950-х годах гранты на строительство и стажировки для медицинских вузов были наконец одобрены Конгрессом из-за растущей обеспокоенности общественности по поводу растущей нехватки врачей. AMA осознавала пределы своей политической власти[466].

В середине 1960-х годов сторонники рационализации одержали крупную законодательную и программную победу над Американской медицинской ассоциацией (AMA), приняв законопроекты о Medicare и Medicaid – запасные программы, созданные на основе более ранних попыток ввести всеобъемлющее национальное медицинское страхование. Medicare – это программа социального обеспечения, которая покрывает большую часть больничных, врачебных и сопутствующих медицинских услуг для более чем 95% всех американцев старше 65 лет. Medicaid – федеральная и региональная программа, связанная с системой социального обеспечения, – помогает оплачивать расходы на здравоохранение лиц, получающих социальное обеспечение, и других «неимущих в медицинском отношении». Принятие Medicare и Medicaid, с которым медицинские сообщества боролись с ожесточением и большими затратами, стало сигналом о дальнейшем упадке влияния медицинской профессии и растущем доминировании сил, стремящихся к рационализации медицинской помощи.

Как и частное медицинское страхование, эти государственные субсидии и программы «третьих лиц» были частью более масштабных стратегий по рационализации здравоохранения. Поскольку попытки национализировать даже медицинское страхование, по всей видимости, были заблокированы, сторонники рационализации, по-видимому, довольствовались рационализацией рынка частной медицины.

340-71

[466] Райак, «Профессиональная сила», гл. 3

## РОСТ КАПИТАЛОЕМКИХ ТОВАРОВ

В то время как частное медицинское страхование обеспечивало стабильный денежный поток, на который больницы могли полагаться и расширяться, Medicare и Medicaid казались безграничной щедростью. Они подпитывали рыночную конкуренцию между больницами и алчностью администраторов больниц, строительных компаний, банков, индустрии медицинских поставок и других, кто мог залезть в государственную кассу. После введения Medicare и Medicaid, больничные и врачебные сборы росли каждый год вдвое быстрее предыдущих темпов роста, а стоимость медицинского обслуживания в целом росла вдвое быстрее инфляции в остальной экономике. Капитальные вложения на больничную койку росли в три раза быстрее за пять лет после начала Medicare и Medicaid, чем за пять лет до этого, достигнув 56 000 долларов на койку в 1976 году. Medicare и Medicaid взяли на себя еще большую долю расходов на медицинское обслуживание — 37 миллиардов долларов в 1977 году, четверть всех личных расходов на здравоохранение из всех источников[467].

Medicare и Medicaid, вместе с частным медицинским страхованием, фактически субсидировали быстрое расширение капиталоемкой медицинской помощи. Больницы были уверены, что все, от автоматических аппаратов для анализа крови (стоимостью свыше 100 000 долларов США) до сканеров компьютерной аксиальной томографии (CAT) (стоимостью от 300 000 до 750 000 долларов США), может быть оплачено. Расширение привело к появлению в стране до 100 000 избыточных больничных коек, что в среднем составляет около 20 000 долларов США годовых эксплуатационных расходов на койку[468]. Банки были среди тех, кто выиграл от этого расширения, предоставляя больницам выгодные коммерческие кредиты, как правило, гарантированные государством[469]. Клинические лаборатории, больничные и медицинские принадлежности, фармацевтика и дома престарелых также процветали.

Все большая доля производимых медицинских товаров была капиталоемкой по сравнению с услугами врачей. «Среднестатистический» человек тратил на услуги врачей и

[467] Гибсон и Фишер, «Национальные расходы на здравоохранение»; и Статистика больниц, изд. 1977 г. (Чикаго: Американская ассоциация больниц, 1977 г.).

[468] См., например, Барри Энсмингер, «Перерасход больничных коек на 8 миллиардов долларов: руководство для потребителей по прекращению расточительного строительства» (Вашингтон, округ Колумбия: Исследовательская группа по общественному здравоохранению, 1975 г.); и «Институт медицины, Контроль за поставками больничных коек» (Вашингтон, округ Колумбия: Национальная академия наук, 1976 г.).

[469] «Кембриджский исследовательский институт, Тенденции», стр. 180

стоматологов в 1977 году в семь-восемь раз больше, чем в 1950 году, но он или она тратил в двенадцать раз больше на больничный уход и в сорок девять раз больше на уход в домах престарелых[470]. С расширением частного медицинского страхования и особенно с принятием Medicare и Medicaid, власть врачей сократилась по сравнению с растущей экономической и политической мощью капиталоемкого медицинского сектора. Этот сектор теперь превзошел медицинскую профессию в качестве доминирующей политической силы в сфере медицинского обслуживания, главным образом из-за общих интересов трех важных групп.

## «КОРПОРАТИВНЫЕ РАЦИОНАЛИЗАТОРЫ»

Medicaid и Medicare – детища групп, которые сформулировали позицию большинства в Комитете по расходам на медицинское обслуживание, помогли Американской ассоциации больниц разработать и координировать роль больницы как «логического центра» системы здравоохранения и добились принятия закона Хилла-Бертона и других федеральных программ помощи. Роберт Элфорд называет их «корпоративными рационализаторами»[471], выступающими за координацию и организационную интеграцию различных частей системы медицинского обслуживания, или, как они сами это называют, «несистемных».

В действительности существуют три отдельные группы, выступающие за рационализацию: две группы интересов и класс. Одна группа интересов состоит из бюрократических профессионалов – учёных-врачей и чиновников здравоохранения, советников, планировщиков и консультантов. Они – функционеры бюрократически организованной медицинской помощи, которые укомплектовывают кадрами всё более многочисленные уровни государственных учреждений, медицинских вузов, а также медицинских учреждений и организаций всех типов. Хотя бюрократические профессионалы в целом утверждают, что главными целями медицинской реформы являются равный доступ для бедных и расовых меньшинств и более доступная первичная медицинская помощь для всех, они материально заинтересованы в таких реформах, поскольку с каждым новым уровнем рационализации их власть и статус растут. Это технические специалисты и менеджеры, на которых полагаются фонды и правительство при планировании и проведении предлагаемых и реализуемых реформ.

[470] Гибсон и Фишер, «Национальные расходы на здравоохранение».

[471] Роберт Алфорд, «Политика здравоохранения: идеологические и групповые барьеры на пути реформ» (Чикаго: Издательство Чикагского университета, 1975), особенно стр. 190-217

Бюрократические профессионалы – наименее влиятельная из трёх групп, поскольку их положение зависит от тех, кому они служат.

Вторая группа интересов среди рационализаторов — это отрасли, имеющие прямую экономическую заинтересованность в медицинском рынке — рыночные рационализаторы. Две наиболее активные отрасли в этой группе — больницы и компании медицинского страхования. В 1976 году добровольные больницы, как называют частные некоммерческие больницы, претендовали на 70 процентов коек, 72 процента среднесуточной переписи пациентов и 76 процентов активов нефедеральных больниц краткосрочного пребывания[472]. И они взяли львиную долю из более чем 65 миллиардов долларов, потраченных на больничное обслуживание в 1977 году, что сделало их крупной экономической силой в секторе здравоохранения. Хотя их существование не зависит от рынка медицинских товаров — то есть они существовали бы даже в национализированной системе здравоохранения — их автономная власть значительно усиливается этой контролируемой частными лицами рыночной системой. Как и любая корпорация, больницы обладают предпринимательской силой, позволяющей им захватывать все, что они могут на рынке[473], накапливать избыток доходов над расходами и распределять ресурсы в рамках рыночных ограничений.

Аналогичным образом, «Голубой крест» и «Голубой щит», хотя и «некоммерческие», в 1977 году активно продвигали на медицинском рынке свои страховые продукты на сумму около 19 миллиардов долларов. Как и эти «Голубые» организации, коммерческие страховые компании, собравшие в том году около 20 миллиардов долларов страховых взносов по медицинскому страхованию, зависят от рыночной системы медицинского обслуживания. Традиционно тесные связи «Голубого креста» и «Голубого щита» с больницами и медицинскими обществами соответственно ослабли в последние годы из-за общественного давления, связанного с быстрым ростом тарифов, что привело к ужесточению регулирования и формальному отделению от их головных организаций. «Голубой крест» и коммерческие страховые компании теперь имеют всё более схожие интересы, направленные на удержание медицинских расходов на уровне, доступном рынку страховых премий. Вместе с фармацевтическими компаниями, банками и другими коммерческими предприятиями, больницы и страховые компании напрямую заинтересованы в развитии расширяющейся

[472] «Больничная статистика», стр. 4-5

[473] См., например, Дуглас Дж. Сивер, «Больница пересматривает свою роль, стремится развивать и захватывать рынки», Hospitals, 51 (1 июня 1977 г.), 59–63; Дэвид Д. Карр, «Увеличение доли рынка больницы», в том же выпуске, 64–66; и Уоррен К. Фальберг и Ширли Боннем , «Хороший маркетинг помогает больнице расти», в том же выпуске, 70–73

системы потребительского страхования в сфере медицинского обслуживания, особенно с учётом огромных государственных субсидий, предоставляемых программами Medicare и Medicaid или национальной программой медицинского страхования. Их интерес к рационализации ограничивается расширением рынка сбыта своих товаров и сохранением своего места во всё более рационализированной системе, которую они считают неизбежной.

Третья группа рационализаторов — это корпоративный класс, включающий тех, кто владеет или управляет корпоративным богатством нации, а также попечителей фондов и должностных лиц, которые контролируют расходы той части богатства, которая выделяется на управление социальными институтами. Современный корпоративный класс включает основных акционеров и высших должностных лиц крупнейших корпораций. Он, безусловно, включает половину процента (0,5%) населения страны, которые владеют одной пятой всего богатства нации, включая половину чистой стоимости всех облигаций и корпоративных акций[474]. Экономическая власть аналогичным образом сосредоточена среди корпораций, ничтожная часть которых (0,06 процента, или 958 корпораций) держала большинство (53,2%) всех корпоративных активов в 1967 году. Аналогичная концентрация обнаруживается в отдельных секторах экономики — среди них обрабатывающая промышленность, банковское дело и страхование[475].

Власть также сосредоточена среди фондов. Из 2818 фондов в Соединенных Штатах в 1976 году восемь крупнейших (представлявших три десятых процента всех фондов) владели в среднем 948 миллионами долларов активов, в то время как три четверти владели менее чем 5 миллионами долларов каждый, а еще пятая часть имела активы от 5 до 25 миллионов долларов[476]. Восемь крупнейших, включая такие важные в области здравоохранения, как фонды Роберта Вуда Джонсона, Рокфеллера, Кресге и Келлогга, оказывают чрезвычайно непропорциональное влияние на образовательные, научные и культурные учреждения. Хотя члены этого класса мыслят по-разному, они разделяют общий интерес в поддержании капиталистической экономической системы и своих коллективных позиций власти и богатства в ней[477].

Как показывает мой анализ участия ранних капиталистов в медицине, корпоративный класс имеет настоятельную, но узкую

[474] Бюро переписи населения, Статистический обзор Соединенных Штатов, 1976 г. (Вашингтон, округ Колумбия: Правительственная типография, 1976 г.), стр. 427

[475] Наварро, «Медицина при капитализме», стр. 148-49

[476] Марианна О. Льюис, редактор. The Foundation Directory, 6-е изд. (Нью-Йорк: Foundation Center, 1977), стр. xiii, xxi.

[477] См., например, Г. Уильям Домхофф , «Кто правит Америкой?» (Энглвуд Клиффс, Нью-Джерси: Prentice-Hall, 1967); и Домхофф , «Высшие круги»

заинтересованность в здоровье людей и качестве предоставляемой им медицинской помощи. Однако эта заинтересованность простирается лишь на обеспечение того, чтобы население поддерживало достаточное физическое и психическое здоровье для обеспечения адекватной рабочей силы, и чтобы медицинская помощь поощряла зависимость от технического и профессионального решения индивидуальных проблем. Капиталисты могут быть обеспокоены доступностью, как Гейтс, поскольку недоступная система не может выполнять свои функции. Они могут даже выступать за полную национализацию медицинской помощи, поскольку это необходимо для повышения производительности или умиротворения угрожающих движений и укрепления слабеющей легитимности системы (как отмечает Висенте Наварро[478]).

Однако владельцы и управляющие корпораций, а также попечители и должностные лица фондов идеологически не желают рассматривать частную собственность и контроль как изначально проблематичную для удовлетворения социальных потребностей. Представители класса, связанные с корпорациями, очевидно, получают прямую выгоду от частного контроля над накоплением капитала, в то время как влияние членов фондов проистекает из инвестиций их фондов в корпоративное богатство. Таким образом, они материально заинтересованы в игнорировании любого конфликта между частным контролем над ресурсами и заявленными целями рационализации здравоохранения.

Бюрократы, представители медицинской промышленности и корпорации объединились вокруг общих интересов: расширения капиталоёмкой медицинской помощи и бюрократической организации как основных элементов рационализации, при этом старательно избегая попрания частной собственности и контроля. Как отреагировало государство на эту корпоративную модель рационализации?

## ГОСУДАРСТВО И КАПИТАЛИСТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Государство вмешивалось в рыночную систему, используя программы субсидирования, стимулирования и регулирования, чтобы скорректировать рыночную систему, уменьшить несправедливое распределение медицинских товаров в рыночной экономике и сдержать необычайно инфляционные силы медицинского рынка. Хотя государство предоставляло «категорические» программы тем, кто не мог позволить себе основные медицинские услуги, оно не пыталось заменить рынок товаров народного потребления справедливо распределенной государственной услугой. Поскольку власть медицинской профессии, при отсутствии достаточного противодействующего давления, блокировала

[478] Висенте Наварро, «Национальное медицинское страхование и стратегия перемен», «Здоровье и общество», Milbank Memorial Fund Quarterly, 51 (весна 1973 г.), 236–37

попытки национализировать финансирование и предоставление медицинской помощи в этой стране, частная и контролируемая частными лицами система была просто расширена за счет прямых субсидий и стимулов. Расширение и субсидирование способствовали развитию капиталоемкого сектора товаров народного потребления, поскольку он был экономически доминирующей частью медицинского рынка и соответствовал идеологическим взглядам и материальным интересам корпоративного класса.

Те корпорации и члены фондов, которые не инвестируют в прибыльные медицинские отрасли, рассматривают систему здравоохранения как вспомогательную отрасль для первичного и вторичного секторов экономики. Но к 1950-м годам мощный финансовый сектор экономики, представленный страховыми компаниями и банками, приобрел значительную долю на субсидируемом медицинском рынке. Мало кто из представителей корпоративного класса, даже те, у кого не было прибыльных медицинских инвестиций, выступал против «коммерциализации» в медицине, как это делали представители филантропии Рокфеллера в их кампании против частнопрактикующих врачей в начале века. Даже большинство бюрократических профессионалов, которые сами не имеют финансовой заинтересованности в коммерческой медицинской помощи, предпочитали игнорировать эту проблему[479].

Чем больше государство вмешивалось финансово в систему здравоохранения, тем больше становилось вероятность того, что ему придется вмешаться политически, чтобы контролировать систему, в которой у него появился основной финансовый интерес. Работодатели беспокоились о растущей стоимости выплачиваемых ими пособий по медицинскому страхованию. В 1976 году General Motors потратила на планы «Голубого Креста» и «Голубого Щита» больше, чем на закупки у US Steel – что составило около одного миллиарда долларов. Сталелитейные компании, банки, авиакомпании и большинство отраслей промышленности были недовольны ежегодным ростом стоимости медицинского страхования сотрудников на 10–25 процентов[480]. А профсоюзы были обеспокоены тем, что каждое повышение ставок медицинского страхования (оплачиваемого за счет дополнительных льгот) урезает потенциальное повышение заработной платы их членов. Другие «потребительские» группы медицинских услуг также критиковали сокращение доли врачей и услуг, выделяемых на первичную медицинскую помощь, и рост расходов, которые потребителям приходится оплачивать из собственных средств, несмотря

[479] См., например, Дэвид Меканик, «Общественные ожидания и здравоохранение» (Нью-Йорк: Wiley- Interscience , 1972), стр. 27

[480] Элиот Маршалл, «Что плохого для General Motors», New Republic, 12 марта 1977 г., стр. 22–23

на увеличение страхового покрытия. Конгресс, исполнительная власть и правительства штатов опасались надвигающегося финансового кризиса, в ходе которого расходы быстро превышали налоговые поступления; они хотели сдержать рост расходов на свои программы медицинского обслуживания, которые увеличились с четверти от общих расходов на здравоохранение до введения Medicare и Medicaid до более чем 42 процентов менее чем за десять лет[481].

К тому времени, когда рыночные условия и растущие государственные субсидии потребовали рационализации, единственным существенным прибыльным медицинским сектором, не имевшим достаточной поддержки со стороны корпораций или других влиятельных секторов общества, был сектор мелкого потребительского сектора – частнопрактикующие врачи. Контроль и регулирование врачебных услуг казались неизбежными, поскольку распоряжения врачей о госпитализации и процедурах для своих пациентов были важными элементами стремительного роста налоговых поступлений, расходуемых на программы Medicare и Medicaid, а также частных расходов на здравоохранение. Групповые практики с предоплатой, возникшие в 1920-х годах и настоятельно рекомендованные Комитетом по расходам на медицинское обслуживание, стали важной частью планов реорганизации, разработанных сторонниками рационализации. Несмотря на давнее сопротивление со стороны медицинских обществ, федеральное правительство продвигало эти предоплаченные планы, называемые организациями медицинского обеспечения (HMO). У HMO есть встроенный стимул к снижению расходов, поскольку они превращают высокую посещаемость пациентами из актива для поставщика услуг, как в практике с оплатой за услуги, в обязательство, когда человек получает всю необходимую помощь за ежемесячную плату, вносимую авансом[482]. Бюрократическая организация, похоже, призвана

[481] Гибсон и Фишер, «Национальные расходы на здравоохранение».

[482] Из обширной литературы по HMO, некоторые полезные благоприятные статьи: Cambridge Research Institute, Trends, стр. 221-60; Ernest W. Saward и Merwyn R. Greenlick , "Health Policy and the HMO", Milbank Memorial Fund Quarterly, 50 (апрель 1972 г., ч. 2), 147-76; Ira G. Greenberg и Michael L. Rodburg , "The Role of Prepaid Group Practice in Relieving the Medical Care Crisis", Harvard Law Review, 84 (1971 г.), 887-1001. Точка зрения бизнеса, также весьма благоприятная, представлена Комитетом по экономическому развитию, Building a National Health Care System (Нью-Йорк: Комитет по экономическому развитию, 1973 г.); Michael B. Rothfield , "Sensible Surgery for Swelling Medical Costs", Fortune, (апрель 1973 г.), 110-119; и «Сдерживание расходов на медицинские планы для сотрудников», Business Week, 30 мая 1977 г., стр. 74–76. Среди хороших критических статей о HMO можно назвать статьи Говарда Б. Вайцкина и Барбары Уотерман «Эксплуатация болезней в капиталистическом обществе» (Индианаполис, Индиана: Bobbs -Merrill, 1974), стр. 89–107; Томаса Боденхаймера, Элизабет Хардинг и Стива Каммингса «Миллиарды на пластыри» (Сан-Франциско: Медицинский комитет по правам человека, 1972), стр. 75–98; и

заменить врачей-одиночек, практикующих частную медицину.

В 1972 году, несмотря на мощную лоббистскую машину Американской медицинской ассоциации (AMA) в Вашингтоне, сторонники рационализации добились одобрения Конгрессом законопроекта о создании организаций по проверке профессиональных стандартов (PSRO), которые бы установили контроль за использованием услуг, предоставляемых отдельными практикующими врачами получателям Medicare и Medicaid. Некоторые государственные и местные медицинские общества, не желая иметь ничего общего с внешним контролем, даже если бы он контролировался профессией, пригрозили бойкотировать требуемую программу. Но журнал AMA Journal (JAMA), признавая неизбежные последствия, трезво предупредил врачей: «Если мы будем стоять скалой против течения, наша база будет подорвана , и мы будем сметены. Организованная медицина должна оставаться гибкой и адаптироваться к нашему времени. Делать меньше — значит обречь себя на вымирание, подобно динозаврам и додо... Нас ждут опасные времена, но мы должны участвовать, если хотим победить»[483]. В качестве примера нового реализма Американская медицинская ассоциация отказалась от своего полувекового сопротивления любой форме национального медицинского страхования и выдвинула собственное предложение «Medi-Credit», чтобы попытаться спасти врачей частной практики, чтобы позволить бы им выжить.

## Разделенные, но непоколебимые

Подобно тому, как единство среди элитных частнопрактикующих врачей и преподавателей медицинских вузов распалось после их победы над традиционными врачами и медицинским сектантством в начале этого столетия, так и единство среди корпоративных рационализаторов стало еще более хрупким теперь, когда их победа над частной медицинской практикой уже очевидна. Больницы, хотя и являются ядром рационализированного здравоохранения, стали предметом насмешек для групп, пытающихся сдержать рост расходов на здравоохранение. Государственные и местные агентства комплексного планирования здравоохранения, созданные Конгрессом в середине 1960-х годов, не смогли в достаточной степени остановить расширение больниц и эскалацию расходов. Их преемники, несколько усиленная сеть агентств систем здравоохранения (HSAs), созданная в соответствии с Законом о национальном планировании здравоохранения и развитии ресурсов

Джуди Карной и др. «План Кайзера», Health PAC Bulletin, № 55, ноябрь 1973 г., стр. 1–18. Законодательство, регулирующее и финансирующее деятельность HMO, — Закон об организациях медицинского обслуживания 1973 г. (PL 93–222).

[483] JAMA, 227 (1974), 1171

1974 года (PL 93-641), представляют собой еще одну попытку навести порядок в экономическом хаосе нерегулируемого медицинского рынка и предотвратить финансовое банкротство государственных программ медицинского обслуживания. Хотя эти агентства в сочетании с государственными программами сертификации нуждаемости, вероятно, замедлят расширение больниц и приобретение ими очень дорогостоящего оборудования, они вряд ли смогут заставить повиноваться различные медицинские группы интересов[484].

Представители корпоративного класса, действуя через бизнес-организации и фонды, добиваются реформы здравоохранения, направленной на улучшение качества первичной медицинской помощи и рационализацию её организации и финансирования. Комитет по экономическому развитию (CED), политическая организация, объединяющая представителей почти 200 крупных корпораций, настаивает на реструктуризации медицинской помощи в организации больничных касс (HMO), развитии национального медицинского страхования и усилении государственного планирования и регулирования деятельности поставщиков медицинских услуг[485]. Фонды аналогичным образом используют своё корпоративное богатство для стимулирования координации медицинской помощи вокруг больниц и академических медицинских центров, уделяя особое внимание развитию «передовой» или первичной медицинской помощи, которой так сильно пренебрегает технологически ориентированный медицинский рынок. Фонд Роберта Вуда Джонсона, активы которого превышают 1 миллиард долларов, полученные от пластырной империи Johnson & Johnson, тратит свои средства исключительно на сферу здравоохранения. Фонд Рокфеллера с активами более 700 миллионов долларов, Фонд Келлогга с активами почти 1 миллиард долларов, Фонд Кресге с активами более 600 миллионов долларов и другие уделяют большое внимание реформированию здравоохранения[486]. Несмотря на колоссальное богатство, оно ничтожно по сравнению с ежегодными расходами федерального правительства на здравоохранение. Поэтому фонды занимаются разработкой модельных программ, которые затем могут быть взяты на вооружение правительством, и оказывают непосредственное влияние на политику как правительства, так и медицинских учреждений.

[484] См., например, Брюс К. Виадек , «Представительство групп интересов и HSA: планирование здравоохранения и политическая теория», Американский журнал общественного здравоохранения, 67 (1977), 23-39

[485] Комитет экономического развития, «Создание национальной системы здравоохранения»

[486] Льюис, «Справочник фондов», стр. XXI; и Дэвид Э. Роджерс, «Заявление президента», Ежегодный отчет Фонда Роберта Вуда Джонсона, 1973 г. (Принстон, Нью-Джерси: Фонд Роберта Вуда Джонсона. 1973 г.).

Попытки фондов и государства рационализировать здравоохранение просто накладываются на рыночную экономику медицинских услуг. Несмотря на привлекательную риторику в пользу координации, интеграции и планирования, бюрократические и корпоративные рационализаторы не способны контролировать все необходимые факторы производства и предоставления медицинских услуг и продуктов[487]. Врачи, больницы, страховые компании, «синие», компании, занимающиеся поставками лекарств, оборудования для больниц, а также медицинские вузы – все стремятся к главенствующей роли в системе здравоохранения – или, по крайней мере, к львиной доле её ресурсов. Существующие стратегии рационализации скрывают несоответствие между заявленными целями и политической и экономической реальностью; они апеллируют к законодательным и бюрократическим механизмам для унификации и интеграции системы.

Неудача одного механизма воспринимается как свидетельство необходимости другого, «лоскутного» механизма. Проблемы эндемической инфляции, отчасти вызванные программами Medicare и Medicaid, были решены с помощью агентств комплексного планирования здравоохранения, и их несостоятельность послужила толчком к созданию агентств систем здравоохранения (HSA). Фальк, директор по исследованиям Комитета по расходам на медицинское обслуживание полвека назад, недавно предупреждал, что влиятельные группы интересов в сфере здравоохранения не захотят позволить своим интересам уступить место неким высшим общественным интересам. Но у него остаётся поразительно наивная надежда, что это «сопротивление придётся преодолевать, насколько это возможно, разумностью предложений и убедительностью объяснений, а также, помимо этого, конфронтацией на законодательном уровне»[488].

Подобные механические решения, доминирующие в планировании здравоохранения, игнорируют значительную политическую и экономическую силу, которая одновременно объединяет и разделяет интересы системы. Система здравоохранения превратилась в перенасыщение групп интересов, ни одна из которых не обладает достаточной властью, чтобы доминировать в одиночку. Хотя сторонники корпоративной рационализации одержали верх над сектором мелкого потребления, они не разделяют между собой интереса к координации и интеграции всей системы. Однако их периодические споры между собой – например, о том, кто и в какой степени будет регулироваться[489]– не

[487] Элфорд. «Политика здравоохранения», стр. 190-217

[488] Фальк, «Медицинская помощь в США», 29-30.

[489] Недавние законодательные усилия по сдерживанию роста расходов на содержание больниц привели к конфликтам между больницами, обеспокоенными главным образом ограничением своих доходов, и инвестиционными банкирами и производителями медицинского оборудования, которые были недовольны

следует принимать за фундаментальное противодействие. Корпоративные рационализаторы и организованная медицина разделяют первостепенный и объединяющий интерес к частной собственности и частному контролю над социальными ресурсами. Каждая группа может наилучшим образом обеспечить собственное выживание, рост и прибыль, если она не подчиняется ни государству, ни какой-либо другой группе интересов. Элфорд утверждает:

> *Не следует переоценивать различия между доминирующими и оспаривающими интересами... поскольку и профессиональная монополия, и корпоративная рационализация являются способами организации здравоохранения в контексте рыночного общества. Оба должны избегать посягательств на свои позиции власти и привилегий, которые зависят от сохранения рыночных институтов: владения и контроля над индивидуальным трудом, учреждениями и организациями (даже некоммерческими) со стороны автономных групп и отдельных лиц, без каких-либо значимых механизмов государственного контроля*[490].

Таким образом, государство вошло в сферу здравоохранения практически так же, как и фонды. Каковы бы ни были намерения сторонников конкретных законодательных программ, федеральные и региональные программы в целом способствовали превращению медицинской помощи из простых товаров, производимых и продаваемых преимущественно частнопрактикующими врачами, в капиталоёмкие товары, производимые и продаваемые бюрократическими организациями, которые концентрируют значительные объёмы капитала и наёмной рабочей силы и стремятся к накоплению превышения доходов над расходами.

Государственное вмешательство в рационализацию медицинской помощи, таким образом, принесло пользу заинтересованным группам, чьё существование зависит от технологической медицины, — особенно больницам, компаниям медицинского страхования и отраслям медицинских технологий, — в большей степени, чем самой медицинской профессии, хотя врачи также получили финансовую выгоду. Какую выгоду получили потребители от этих изменений? Выиграли ли они также от государственной рационализации частного медицинского рынка?

## ПРОТИВ МЕДИЦИНСКОГО РЫНКА

ограничениями капитальных расходов, которые привели бы к сокращению строительства больниц и закупок важного оборудования, такого как компьютерные томографы. См. «Банкиры и производители встретились, чтобы обсудить противодействие сдерживанию роста расходов на содержание больниц», Washington Report on Medicine and Health, 31 (29 августа 1977 г.), стр. 2.

[490] Элфорд. «Политика здравоохранения», стр. 193

Сочетание частных и государственных программ оплаты третьими сторонами сократило вопиющее неравенство в доступе к медицинской помощи, однако эти программы не устранили неравенство и не обеспечили медицинскую помощь, соответствующую потребностям населения. Вместо того, чтобы определять распределение медицинских услуг, как того требует справедливость, мы обнаружили, что услуги распределялись в соответствии с преобладающими рынками. «Коммерциализация» медицинских услуг остаётся основной причиной недоступности медицинских услуг для бедных и одним из основных факторов искажения качества медицинской помощи для всего общества.

За последние три десятилетия программы частного медицинского страхования и государственной помощи сократили разрыв между бедными и обеспеченными слоями населения в доступе к медицинским услугам. Взрослые из бедных семей в возрасте от восемнадцати до шестидесяти четырёх лет в среднем обращаются к врачу несколько чаще, чем обеспеченные взрослые. Однако бедные люди всех возрастов получают меньше медицинской помощи относительно своих потребностей. Разница между потребностями и получаемыми результатами особенно велика для детей[491].

Причины этих классовых различий найти несложно. Во-первых, многие врачи не принимают пациентов Medicaid, потому что программы Medicaid, которые администрируются штатами в соответствии с федеральными правилами, платят меньше, чем врачи привыкли получать от своих пациентов с частной страховкой. В Калифорнии только около трети акушеров и гинекологов штата участвуют в программе Medicaid, в результате чего почти треть из пятидесяти восьми округов штата не имеют ни одного акушера или гинеколога для обслуживания женщин Medicaid[492]. Во-вторых, белые врачи и стоматологи, как правило,

[491] Health United States, 1975 (Роквилл, Мэриленд: Национальный центр статистики здравоохранения, 1976), стр. 405, 409; Лу Энн Эдей , «Влияние политики здравоохранения на доступ к медицинской помощи», Health und Society, Milbank Memorial Fund Quarterly, 54 (весна 1976 г.), 215–33; Рональд Андерсен, Джоанна Кравиц . и. Один В. Андерсон, «Равенство в услугах здравоохранения: эмпирический анализ в социальной политике» (Кембридж, Массачусетс: Ballinger Publishing Co., 1975). стр. 178; Адель Д. Хофманн, «Медицинская помощь подросткам из неблагополучных районов», Clinical Pediatrics, 13 (1974), 570–73; А. Ф. Брансуик и Э. Джозефсон, «Здоровье подростков в Гарлеме», Американский журнал общественного здравоохранения, 62 (1972, доп.), 1–62; К. Д. Роджерс и Г. Риз, «Исследования здоровья — предположительно нормальные учащиеся старших классов», Американский журнал детских болезней, 108 (1964), 572–600; и «Отношение к здоровью и поведение молодежи 12–17 лет: демографические и социально-экономические факторы», Статистика естественного движения населения и здоровья, серия 11, № 153 (Вашингтон, округ Колумбия: Национальный центр статистики здравоохранения, 1975)

[492] San Francisco Chronicle, 14 июля 1977 г.

не располагают своими кабинетами в бедных районах[493]. В-третьих, по состоянию на 1971 год почти половина из 35,5 миллионов человек в стране, официально считающихся бедными, не имели покрытия Medicaid[494].

Медицинское страхование само по себе частично распределено в соответствии с классовой структурой. Сегодня 90% американцев имеют ту или иную форму медицинского страхования, три четверти из которых – за счёт частных страховых компаний. Однако в целом наиболее полное медицинское страхование доступно лицам, занятым в высокооплачиваемых профессиях и в доминирующих секторах экономики, которые более тесно связаны с профсоюзами и могут легче переложить расходы на медицинское страхование на потребителей. В 1974 году около 60% работающего бедного населения вообще не имели медицинской страховки, и менее 10% были застрахованы на небольничные услуги[495].

Хотя развитие частного медицинского страхования и государственных программ стороннего страхования способствовало уменьшению неравенства, они не охватывают всех людей и не все медицинские услуги одинаково хорошо. В 1977 году 61 цент с каждого доллара, потраченного на личные медицинские услуги, оплачивался сторонними программами оплаты, в результате чего потребители платили 39 центов с каждого доллара из собственного кармана. Сторонние плательщики покрывали более 90% стоимости больничного лечения, но лишь 61% расходов на оплату услуг врачей и ещё меньше – на лекарства и другие товары[496].

Таким образом, даже при государственном субсидировании медицинской помощи бедным, производство и продажа медицинских услуг как товаров по-прежнему распределяются в соответствии с классовой структурой общества, а не на основе потребностей. Однако не только те, кто находится на дне классовой структуры, страдают от этой рыночной экономики.

Рыночная система также исказила характер и предложение медицинской помощи для большей части населения. Относительно полное покрытие расходов на больничную помощь частными и государственными организациями способствовало госпитализации для

[493] Лоис К. Грей, «Географическое и функциональное распределение чернокожих врачей: некоторые аспекты исследований и политики», American Journal of Public Health, 67 (1977), 519–526. См. также Еву Дж. Салбер и др., «Доступ к медицинскому обслуживанию в сельской местности на юге», Medical Care, 14 (1976), 971–986.
[494] Кембриджский исследовательский институт, «Тенденции», стр. 128.
[495] Марджори Смит Мюллер, «Частное медицинское страхование в 1973 году: обзор охвата, регистрации и финансового опыта», Бюллетень социального обеспечения, 38 (февраль 1975 г.), 21–40
[496] Гибсон и Фишер, «Национальные расходы на здравоохранение».

диагностических и терапевтических процедур, которые можно было бы проводить безопаснее и дешевле вне больниц, или же их можно было бы вообще избежать.

Большинство хирургических операций в Соединенных Штатах проводится на платной основе. Врачи получают высокие хирургические гонорары за операции, которые они выполняют, а не за те случаи, когда они считают операцию ненужной. Как заметил доктор Чарльз Льюис, «прием пациентов на операцию увеличивается, чтобы заполнить койки, операционные и рабочее время хирургов»[497]. В Соединенных Штатах соотношение хирургов, работающих на полной занятости, к населению вдвое больше, чем в Англии и Уэльсе, и вдвое выше уровень хирургического вмешательства[498]. Согласно отчету Конгресса, в 1974 году в этой стране было проведено около 2,4 миллиона ненужных операций, что привело к 11 990 предотвратимым смертям и затратам в 3,9 миллиарда долларов[499].

В масштабах страны пациенты Medicaid стали основным источником дохода для «неполно занятых» хирургов и недоиспользуемых больничных мощностей. Получатели Medicaid переносят операции вдвое чаще, чем население в целом, а в случае некоторых плановых операций (то есть при состояниях, не представляющих угрозы для жизни) разница ещё больше[500]. Многие хорошо застрахованные люди — будь то представители рабочего и среднего класса с частной страховкой или субсидируемые государством представители бедных и почти бедных слоёв населения — стали жертвами чрезмерной медицинской помощи, так же как бедные исторически страдали от отсутствия адекватной медицинской помощи по завышенным ценам.

Врачи сосредоточились на специальностях и в местах, где они могут наилучшим образом использовать рынок своих услуг. Поскольку врачи оказывают столь сильное влияние на спрос на их услуги, большое количество врачей даже в относительно небольшом, но богатом районе зарабатывают на жизнь исключительно хорошо, заказывая огромное количество диагностических и терапевтических процедур, которые они либо выполняют, либо оценивают. Их рынок в прошлом полагался в

[497] Цитируется в книге Л. Фредерика «Сколько ненужных хирургических операций?» Medical World News, № 7 (1976), 50–66

[498] Джон П. Банкер, «Хирургические кадры: сравнение операций и хирургов в Соединенных Штатах, Англии и Уэльсе», New England Journal of Medicine, 282 (1970), 135–44

[499] Комитет Палаты представителей по межгосударственной и внешней торговле, «Стоимость и качество здравоохранения: ненужные операции» (Вашингтон, округ Колумбия: правительственная типография, 1976).

[500] Р.Д. Лайонс, «Операции на бедных стали доступнее», New York Times, 1 сентября 1977 г.

основном на средний и высший классы, и из-за финансовых и бюрократических ограничений Medicaid врачи по-прежнему больше привлекают сужающиеся, но благополучные районы больших городов и расширяющиеся пригороды, чем бедные и рабочие районы. В то время как в богатых районах Чикаго в среднем 210 врачей на 100 000 человек, в бедных районах на 100 000 человек приходится шестнадцать врачей — одна восьмая от числа врачей на душу населения. Аналогично, в Миссисипи всего треть от богатого среднего штата Нью-Йорк, составляет 244 на 100 000 человек [501].

Врачи также отказались от практики первичной медицинской помощи в пользу более прибыльных и престижных специальностей. Врачи общей практики, которые в 1963 году составляли почти 28 процентов нефедеральных врачей страны, к 1973 году составляли менее 18 процентов от общего числа. Если добавить к этим врачам общей практики тех специалистов, чья практика в основном сосредоточена на первичной медицинской помощи — в области внутренних болезней, педиатрии, гинекологии и семейной практики, — все равно менее половины всех врачей США занимаются первичной медицинской помощью. Для сравнения, в группах с предоплаченными услугами в среднем 69 процентов врачей занимаются первичной медицинской помощью, а в Британской национальной службе здравоохранения этот показатель составляет 74 процента. Это оставляет Соединенные Штаты с всего лишь шестьюдесятью врачами первичной медицинской помощи на 100 000 населения, что намного ниже соотношения в 133 таких врача на 100 000 человек, рекомендуемого как необходимого для оказания адекватной первичной помощи[502].

С начала века врачи общей практики и первичная медицинская помощь отошли на второй план, уступив место специализированной практике, а иногда даже карьере в области медицинских исследований. Сельская местность с ее ограниченным рынком специализированных услуг и ее изоляцией от центров технологической медицины не может конкурировать с более густонаселенными городскими районами, чьи больницы связаны с ориентированными на исследования медицинскими школами. Сельские районы не представляли интереса для современных врачей, а городская беднота представляла интерес только тогда, когда служила исследовательским или учебным материалом. Технологический императив в медицине в сочетании с рыночной организацией медицинской помощи перенаправлял врачей из областей и видов услуг, в которых они были наиболее необходимы, на те, которые были наиболее интересны, прибыльны и профессионально полезны для них. В-целом, частный медицинский рынок оставался основным противоречием в

[501] Кембриджский исследовательский институт, «Тенденции», стр. 366
[502] Там же, стр. 357-66

усилиях по обеспечению доступной системы медицины, ориентированной на потребности населения.

## НАЦИОНАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: БОЛЬШЕ ТОГО ЖЕ САМОГО

Можно почти с уверенностью утверждать, что национальное медицинское страхование в Соединенных Штатах продолжит стимулировать капиталоемкую медицинскую помощь в рыночной системе. Каждая крупная группа интересов в сфере здравоохранения представлена в Конгрессе своим законопроектом. Американская медицинская ассоциация (AMA), страховая отрасль и Американская ассоциация больниц (AMA) представили законопроекты, выгодные их членам. Американская федерация труда (AFL-CIO) и большинство бюрократических специалистов поддерживают последующие законопроекты, внесенные сенатором Эдвардом Кеннеди. Законопроекты Кеннеди пойдут дальше других законопроектов о национальном медицинском страховании в обеспечении всеобъемлющего и доступного медицинского обслуживания. Некоторые версии законопроекта даже исключат любую административную или стороннюю роль страховых компаний. Все версии включают систему поощрительных выплат, чтобы стимулировать врачей присоединяться к предоплаченным групповым практикам. Хотя предложения Кеннеди ослабят финансовую базу платной медицины, ни одно из них не устранит ее и не устранит профессиональный контроль над больницами и медицинскими вузами.

Только одно предложение, которое сейчас рассматривается, радикально изменит систему предоставления медицинских услуг на основе товаров. Закон о здравоохранении, предложенный членом Палаты представителей Рональдом Делламсом, предусматривает создание национальной службы здравоохранения , которая будет нанимать врачей и весь другой персонал на основе оплаты труда, возьмет под свой контроль больницы страны, будет контролировать подготовку медицинских работников в медицинских вузах и других учебных заведениях, исключит страховые компании из системы здравоохранения и снизит иерархию власти среди медицинских работников, подчинив всю политику местным советам. Законопроект Делламса фактически трансформирует товарное производство медицинской помощи в нетоварное «общественное производство». Если бы предложение Делламса было реализовано, оно сделало бы Соединенные Штаты одной из самых передовых систем здравоохранения в мире, превосходящей самые прогрессивные системы Западной Европы и, возможно, не уступающей по организационной рациональности и характеру общественного здравоохранения многим социалистическим странам.

Законопроект Делламса поддерживается небольшой частью бюрократических профессионалов, некоторые из которых являются лидерами Американской ассоциации общественного здравоохранения, а также левоцентристскими политическими группами. Он настолько решительно атакует все корыстные интересы в сфере здравоохранения и идеологические принципы капиталистического общества, что законопроект Деллумса практически наверняка не увидит законодательной победы в ближайшем будущем. Тем не менее, он может послужить примером для тех, кто хочет реформировать систему здравоохранения США.

Более масштабные законопроекты Кеннеди также вряд ли получат одобрение Конгресса. Их нападки на интересы Американской медицинской ассоциации (AMA), самого финансируемого лобби в стране, и страховую отрасль, не только мощное лобби, но и контролирующую силу в экономике страны, делают их законодательные перспективы весьма туманными. Другие законопроекты, внесенные группами медицинских интересов, также потерпят неудачу, поскольку они слишком узко поддерживают интересы одного сектора отрасли. Вместо этого законопроект, предложенный администрацией, станет основой национального законодательства в области здравоохранения, с поправками и изменениями, учитывающими интересы более влиятельных групп, вступивших в борьбу.

Законодательство, которое появится в результате этого процесса, несомненно, будет благоприятствовать медицинскому рынку и усилит капиталоёмкий сектор системы. Вероятно, любой принятый план превратит дополнительные услуги, предоставляемые сейчас государством, в товары, которые можно будет покупать и продавать на частном рынке[503]. Система страхования организует сбор и уплату частных средств в эту товарную систему, при этом федеральные налоги будут субсидировать только тех, чьи услуги недоступны на медицинском рынке, тем самым расширяя доступ этих групп к медицинскому обслуживанию. Хотя национальное медицинское страхование, вероятно, будет способствовать некоторому перераспределению врачей, как географически, так и между специализациями и первичной медико-санитарной помощью, оно не разрушит влияние заинтересованных групп и их манипуляции медицинским рынком в своих интересах. Вероятно, национальное медицинское страхование будет подталкивать врачей к предоплаченной групповой практике несколько быстрее и усилит контроль со стороны большинства доминирующих заинтересованных групп, особенно больниц, медицинских вузов, страховых компаний и

[503] О коммерциализации медицинских услуг см. Навarро, «Медицина при капитализме», стр. 183–228; а также Родберг и Стивенсон, «Индустрия здравоохранения».

производителей лекарственных препаратов и медицинских товаров. Будет разработано более строгое регулирование для сдерживания инфляционных сил, что в некоторой степени защитит интересы государства и не позволит конкурентным интересам каждого сегмента разрушить общую систему медицинского обслуживания. Другими словами, посредством национального медицинского страхования государство усилит капиталоёмкое производство медицинских услуг и рационализирует систему здравоохранения таким образом, чтобы это отвечало общим интересам её доминирующих членов. Если это звучит знакомо, то так и есть. Национальное медицинское страхование, по сути, обещает нам больше того же самого.

Учитывая нынешние размеры и важность сектора медицинских товаров, а также отсутствие активных требований со стороны низших слоёв населения, государство продолжит развивать роль, которую оно всё больше перенимало у фондов после Второй мировой войны. Оно будет защищать и продвигать систему здравоохранения, совместимую с экономической и политической организацией корпоративно-капиталистического общества — не только в плане организации медицинской помощи, но и в её содержании.

## ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

После Второй мировой войны государство быстро вытеснило фонды в качестве основного источника финансовой поддержки и руководства медицинскими исследованиями и образованием, равно как и медицинской помощью. Как будет показано в оставшейся части этой главы, государство, подобно фондам и состоятельным людям до него, продолжало продвигать и развивать узкоспециализированную и идеологически консервативную медицину, несмотря на неопровержимые доказательства того, что общие факторы физической и социальной среды оказывают по меньшей мере такое же сильное влияние на состояние здоровья, как и микробиологические факторы, которым уделяется наибольшее внимание.

## НАУЧНАЯ МЕДИЦИНА: УБЕЖДЕНИЯ И РЕАЛЬНОСТЬ

Почти все мы обращаемся к медицине, когда заболеваем. Независимо от того, называют ли целителя шаманом, знахарем, священником, фельдшером или врачом, мы все ищем того, кому можно довериться, кого-то, кто, как мы верим, сделает нас здоровыми. В начале XIX века большинство американцев полагались на целителей-мирян. К середине или второй половине того же века большинство американцев обратились к врачам, которых в огромных количествах готовили медицинские школы, появлявшиеся по всей стране. В то время можно

было выбрать определённую медицинскую теорию, которую хотели бы видеть в враче – от гомеопатии до ортодоксальной или «аллопатической» медицины, – или определённый тип целителя – от фитотерапии до христианской науки. Лишь в последние два десятилетия прошлого века появилось значительное количество врачей, которые практиковали то, что они называли «научной» медициной, то есть медицинскую практику, основанную на принципах, постоянно развиваемых и совершенствуемых аналитическими биологическими и физическими науками.

Сегодня большинство из нас обращаются к врачам, больницам, хирургии и лекарствам, чтобы излечиться от любой болезни. Мы хотим утешения и, следовательно, ожидаем его. Медицинская профессия, конечно же, поощряет такие убеждения посредством своих кампаний по повышению доверия населения (описанных в главе 2). Другие медицинские группы, такие как Американское онкологическое общество и Национальный институт рака, присоединились к кампании за общественное доверие, часто проводя брифинги для научных и медицинских авторов, чтобы поведать о «последних достижениях» в лечении рака. Мы пришли к тому, что научная, технологическая медицина снизила чрезвычайно высокие показатели смертности прошлых столетий и является эффективной против большинства болезней и страданий в наше время[504]. Однако такие прошлые успехи и нынешнее мастерство сильно преувеличены.

## ЖИЗНЬ, СМЕРТЬ И МЕДИЦИНА. ИСТОРИЧЕСКАЯ ХРОНИКА

Исторические эпидемиологические данные неопровержимо подтверждают вывод о том, что медицинская наука сыграла относительно небольшую роль в снижении заболеваемости и смертности. Томас МакКьюн[505] убедительно доказывает, что улучшение здоровья и значительное снижение общей смертности в Западной Европе с XVIII века до настоящего времени были обусловлены четырьмя факторами. Во-первых, улучшением питания, обусловленным увеличением поставок продовольствия с начала XVIII века, изначально обусловленным реорганизацией сельского хозяйства, а не совершенствованием химических или механических технологий. Во-вторых, меры по оздоровлению окружающей среды – очистка городов от

[504] См., например, Гарри Шварц, «Дело в американской медицине» (Нью-Йорк: Дэвид Маккей, 1972); и его статью «Полвека прогресса в здравоохранении», Ohio State Medical Journal, 71 (1975), 58–59.

[505] Т. МакКьюн, «Концептуальная основа для исследований и разработок в медицине», Международный журнал служб здравоохранения, 3 (1971), 17-28; и МакКьюн, Медицина в современном обществе (Лондон: Allen & Unwin, 1965).

накопившейся грязи, обеспечение доступа к чистой воде и так далее, – принятые к концу XIX века, способствовали улучшению питания и дальнейшему снижению смертности, особенно детской. Эти меры активно внедрялись к середине века, ещё до того, как получили широкое признание концепция специфических причин заболеваний или теория микробов. В-третьих, эти улучшения уровня жизни привели к значительному росту населения, который мог бы свести на нет достижения в области здравоохранения, если бы рождаемость и размер семьи вскоре не резко снизились. Наконец, конкретные профилактические и лечебные медицинские меры, постепенно внедрявшиеся в XX веке, несколько ускорили и без того значительное снижение смертности, а также улучшили физическое здоровье. Хотя наука значительно расширила первоначальные нетехнологические достижения в сельском хозяйстве, гигиене и контроле рождаемости, вклад медицинской науки в общее снижение смертности и улучшение здоровья был относительно невелик.

В подавляющем большинстве случаев число смертей от основных смертельных болезней девятнадцатого века резко сократилось до открытия медицинских методов лечения и даже иммунизации. Туберкулез, великая белая чума, был одним из страшных заболеваний девятнадцатого века, убивая 500 человек на 100 000 населения в середине века и 200 человек на 100 000 в 1900 году. К 1967 году уровень смертности в США упал до трех смертей на 100 000. Это колоссальное снижение было лишь в незначительной степени затронуто введением коллапсотерапии в 1930-х годах и химиотерапии в 1950-х годах [506]. Аналогичным образом, для Англии и Уэльса Джон Поулз показывает, что общая смертность снизилась за последние сто лет задолго до специфической иммунизации и терапии[507].

Рене Дюбо, микробиолог, ранее работавший в Институте Рокфеллера, лаконично подытожил исторический факт. «Поток инфекционных и пищевых заболеваний быстро отступал, когда в конце прошлого века к делу приступили лабораторные учёные», — писал Дюбо в своей книге «Мираж здоровья». «В действительности, — заметил он, — чудовищный призрак инфекции превратился лишь в ослабленную тень себя прежнего к тому времени, как стали доступны сыворотки, вакцины

[506] Уоррен Винкельштейн и Ферн Э. Френч, «Роль экологии в разработке системы здравоохранения». California Medicine, 113 (1970), 7–12

[507] Джон Поулз, «Об ограничениях современной медицины». Наука, медицина и человек, 1 (1973), 6. Аналогичные данные, анализ и выводы, применимые к Соединённым Штатам, см. в статье Джона Б. МакКинли и Сони М. МакКинли «Сомнительный вклад медицинских мер в снижение смертности в Соединённых Штатах в двадцатом веке», Health and Society/Milbank Memorial Fund Quarterly (лето 1977 г.), стр. 405–428.

и лекарства для борьбы с микробами»[508].

Улучшение общих условий жизни и труда, а также улучшение санитарных условий, достигнутое благодаря борьбе трудящихся и движениям за социальные реформы, в наибольшей степени способствует улучшению здоровья населения. Улучшение жилищных условий, условий труда и питания, а не медицинская наука, снизило ужасающую смертность от туберкулёза. В ответ на бунты и восстания, а также на плачевные условия жизни бедняков и рабочего класса в Западной Европе и Северной Америке, реформаторы XIX века добились резкого снижения смертности, не прибегая даже к микробной теории[509].

Больше всего от этих изменений выиграли дети. Средний ребенок, родившийся в 1900 году, мог рассчитывать прожить всего сорок семь лет. Ребенок, родившийся в 1973 году, может ожидать прожить более семидесяти одного года. Большая часть этого увеличения продолжительности жизни при рождении была обусловлена резким снижением смертности младенцев и детей младшего возраста от инфекционных заболеваний. На рубеже веков маленькие дети умирали от гриппа, пневмонии, диареи, скарлатины, дифтерии, коклюша и кори. К 1975 году уровень младенческой смертности упал до шестнадцати на 1000 живорождений — менее одной девятой от уровня 1900 года. И уровень смертности маленьких детей аналогичным образом снизился[510]. Улучшение жилищных условий, питания, водоснабжения и утилизации отходов, пастеризация молока и фактическое устранение детского труда (за исключением рабочих-мигрантов на фермах) резко сократили распространение инфекционных заболеваний и позволили детскому организму противостоять им.

## ЖИЗНЬ, СМЕРТЬ И МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ

Физическая и социальная среда так же важны для определения показателей заболеваемости и смертности сегодня, как и в прошлом, несмотря на то, что «дегенеративные» заболевания, такие как болезни сердца, рак и инсульт, вытеснили большинство инфекционных заболеваний в качестве основных причин смерти.

На показатели младенческой смертности по-прежнему сильно влияют факторы окружающей среды. В двенадцати странах, среди которых Швеция, Восточная Германия и Англия, показатели младенческой смертности ниже, чем в Соединенных Штатах. В Соединенных Штатах младенец, рожденный чернокожей матерью с

[508] Рене Дюбо, «Мираж здоровья — утопии, прогресс и биологические изменения» (Гарден-Сити, Нью-Йорк: Anchor Books, 1959), стр. 30–31

[509] Джордж Розен, «История общественного здравоохранения» (Нью-Йорк: MD Publications, 1958), стр. 192-275; и Дюбо, «Мираж здоровья», стр. 139-40

[510] «Здоровье США», 1975, стр. 227, 358-59

восемью классами образования или меньше, имеет в три раза больше шансов умереть до своего первого дня рождения, чем ребенок, рожденный белой матерью с высшим образованием. Хотя показатели младенческой смертности среди белых и чернокожих детей снижались параллельно на протяжении большей части этого столетия, показатель смертности среди чернокожих детей оставался стабильно примерно вдвое выше, чем у белых детей. А ребенок, рожденный в бедной семье, будь он белый или чернокожий, имеет гораздо больше шансов умереть, чем если бы он или она родился в небедной семье[511].

Действительно, человек, который является бедным или небелым, имеет больше шансов умереть в любом возрасте. Небелые дети умирают в два раза чаще, чем белые дети. До шестидесяти пяти лет уровень смертности среди небелых мужчин превышает уровень смертности среди белых мужчин на 40–95 процентов, а небелые женщины умирают более чем в два раза чаще, чем белые женщины в большинстве возрастных групп[512]. Вероятность стать инвалидом (временно или постоянно) отрицательно связана с доходом и образованием, но положительно связана с принадлежностью к чернокожему населению[513]. Чем более привилегирован ваш класс, раса, образование и род занятий, тем меньше вероятность того, что вы заболеете или умрете в любом возрасте[514]. Как сказал эпидемиолог Уоррен Винкельштейн, бедность «остается одним из самых мощных факторов изменения состояния здоровья и клинических заболеваний сегодня. Вполне возможно, что ликвидация бедности сама по себе радикально изменит состояние

[511] CL Erhardt и JE Berlin, ред., «Смертность и заболеваемость в Соединенных Штатах» (Кембридж, Массачусетс: Издательство Гарвардского университета, 1974), стр. 174; и Health United States, 1975, стр. 338-47, 371

[512] Барбара Старфилд, «Потребности детей в области здравоохранения», Гарвардская серия проектов по охране здоровья детей, т. 2 (Кембридж, Массачусетс: Издательство Гарвардского университета, 1976); Эрхардт и Берлин, «Смертность и заболеваемость», стр. 28–29

[513] Гарольд С. Люфт , «Вероятность инвалидности: влияние возраста, расы, пола, образования и дохода», доклад, представленный на ежегодном собрании Американской ассоциации общественного здравоохранения в Чикаго, 17 ноября 1975 г.; и «Социально-экономические различия в заболеваемости», Статистический бюллетень компании Metropolitan Life Insurance Company, 53 (июнь 1972 г.), 10–12.

[514] S. Leonard Syme и Lisa F. Berkman, «Социальный класс, восприимчивость и болезнь», American Journal of Epidemiology, 104 (1976), 1-8; MH Nagi и EG Stockwell , «Социально-экономические различия в смертности по причинам смерти», Health Services Reports, 88 (1973), 449-56; A. Antonovsky , «Социальный класс, ожидаемая продолжительность жизни и общая смертность», Milbank Memorial Fund Quarterly, 45 (1967), 31-73; Stephanie J. Ventura и др., «Избранные статистические данные о естественном движении населения и здоровье в бедных и не бедных районах 19 крупных городов США, 1969-71», Vital and Health Statistics, серия 21, № 26 (Роквилл, Мэриленд: Национальный центр статистики здравоохранения, 1975).

здоровья населения в благоприятном направлении»[515].

Загрязнители окружающей и производственной среды также являются важными факторами заболеваемости и смертности. Загрязнение воздуха вызывает временное ухудшение функции лёгких и учащение инфекций нижних дыхательных путей у детей, у которых курение и воздействие производственной пыли считаются минимальными. Загрязнение воздуха также связано с развитием рака лёгких, желудка и других форм рака, а также хронического бронхита и астмы[516].

Более 14 000 работников ежегодно погибают в результате несчастных случаев на производстве, а от 2,5 до 5,6 миллионов получают травмы, приводящие к временной или постоянной утрате трудоспособности. По оценкам, профессиональные заболевания ежегодно уносят жизни более 100 000 человек[517]. Даже президент Ассоциации «Голубой крест» подсчитал, что «31 процент проблем со здоровьем у работников вызван факторами окружающей среды»[518].

Социальные отношения — устоявшиеся способы взаимодействия людей в обществе — также оказывают широкое и трагическое влияние на здоровье людей и продолжительность их жизни. Гипертония, или высокое кровяное давление, связана со стрессами, связанными с переездом в индустриальное городское общество или проживанием в нем; она также связана с работой на высоконапряженной работе и с бедностью или чернокожестью[519]. Среди бедных и расовых меньшинств

[515] Уоррен Винкельштейн , «Эпидемиологические соображения, лежащие в основе распределения ресурсов здравоохранения и ухода за больными», Международный журнал эпидемиологии, 1 (1972), 69-74

[516] Винкельштейн и Френч, «Роль экологии»; и Г.А. Лиллингтон, «Влияние загрязнения воздуха на здоровье», в книге под ред. У.Д. Макки « Проблемы окружающей среды в медицине» (Спрингфилд, Иллинойс: Чарльз К. Томас, 1974), стр. 314–24

[517] См. Forward «Plan for Health, [финансовый год] 1978-82» (Вашингтон, округ Колумбия: Служба общественного здравоохранения, 1976), стр. 77; Daniel M. Berman, «Death on the Job» (готовится к печати в Monthly Review Press), гл. 2; JA Page и M. O'Brien, «Bitter Wages» (Нью-Йорк: Grossman, 1973); и P. Brodeur, «Expendable Americans» (Нью-Йорк: Viking Press, 1974).

[518] Отчет Ассоциации Голубого Креста о защите прав потребителей, март 1976 г., стр. 1

[519] J. Eyer, «Гипертония как болезнь современного общества», International Journal of Health Services, 5 (1975), 539-58; SL Syme, T. Oakes и G. Friedman. «Социальные классовые и расовые различия в кровяном давлении», American Journal of Public Health, 64 (1974), 619-20; SL Syme. MM Hyman и PE Enterline , «Культурная мобильность и возникновение ишемической болезни сердца», Journal of Health and Human Behavior, 6 (1965), 178-90; M. Friedman, R. Rosenman и V. Carroll, «Изменения в сывороточном холестерине и времени свертывания крови у мужчин, подвергавшихся циклическим колебаниям профессионального стресса», Circulation, 17 (1958), 852-61; Х. Рассек и Б. Зохман , «Относительное значение наследственности,

выше уровень алкоголизма, психических заболеваний и убийств, а среди небелых людей в любом возрасте смертность на 40–100 процентов выше, чем у белых. От рождения до старости у мужчин более высокие показатели смертности, чем у женщин, включая смерть от многих заболеваний, связанных со стрессом, таких как инфаркты и инсульты, и от многих причин смерти, не связанных с болезнями, таких как автомобильные аварии, несчастные случаи на производстве, убийства и самоубийства[520]. Даже то, является ли труд отчужденным или удовлетворяющим, связано с продолжительностью жизни. Целевая группа Министерства здравоохранения, образования и социального обеспечения сообщила, что «в ходе впечатляющего 15-летнего исследования старения самым значимым предиктором долголетия оказалась удовлетворенность работой»[521]. Очевидно, что социальные роли людей и их положение в социальной структуре оказывают значительное влияние на их здоровье.

Таким образом, здоровье и болезнь определяются совокупностью факторов. Генетическая наследственность является одним из обусловливающих факторов, а социальная, экономическая и физическая среда, в которой люди рождаются и в которой им приходится жить, – другими критическими факторами. Эти факторы определяют восприимчивость человека к болезням как невольного «хозяина». Сохранение здоровья или заболевание определяется наследственностью, окружающей средой и внешними «вредителями» – бактериями и вирусами, химическими и физическими воздействиями на организм, социальными и эмоциональными травмами.

Технологическое вмешательство в этот процесс весьма ограничено. Роберт Хаггерти, известный на всю страну педиатр, рассказывает о некоторых ограничениях детской медицины в 1970-х годах:

> *Мы не знаем, как эффективно предотвращать или лечить большинство основных смертельных заболеваний у детей в Соединённых Штатах... Уровень знаний об острых и хронических заболеваниях, которые обычно не приводят к смерти, но нарушают жизнедеятельность на короткий или длительный период, ненамного лучше. В настоящее время мы мало что можем сделать для профилактики или лечения именно большинства острых респираторных инфекций или хронических*

диеты и профессионального стресса при ишемической болезни сердца у молодых людей», American Journal of Medical Science, 235 (1958), 266-77; М. Фридман и Р. Розенман, «Поведение типа А и ваше сердце» (Нью-Йорк: Knopf, 1974); и С. Касл и С. Кобб, «Изменения артериального давления у мужчин, потерявших работу: предварительный отчет», Psychosomatic Medicine, 32 (1970), 19-38.

[520] Эрхардт и Берлин, «Смертность и заболеваемость», стр. 28-29

[521] Специальная целевая группа при министре здравоохранения, образования и социального обеспечения. Работа в Америке (Кембридж, Массачусетс: MIT Press, 1973), стр. 77-79

*заболеваний, приводящих к инвалидности*[522].

Усилия по улучшению медицинского обслуживания в очень бедных общинах оказали лишь незначительное влияние на здоровье людей. Известный проект, обеспечивший общину навахо передовой первичной медико-санитарной помощью, позволил снизить частоту рецидивов активного туберкулеза и распространенность инфекций среднего уха, но практически не повлиял на комплекс пневмонии и диареи, который продолжал оставаться основной причиной заболеваемости и смерти, как и по всей стране до полувека назад. К концу эксперимента уровень детской смертности в общине оставался примерно в три раза выше среднего по стране[523]. Другие эксперименты в Соединенных Штатах и развивающихся странах дали схожие результаты[524].

Эти отрезвляющие наблюдения об ограничениях медицины и важности окружающей среды должны уменьшить наш энтузиазм по поводу обращения к медицинской науке и врачам для лечения всех наших недугов. Но нам не нужно становиться «терапевтическими нигилистами»[525]. в этом процессе. Хотя мы отвергаем популярную мифологию, которая окутывает медицину мантией всеведения, пока мы отвергаем бесспорное предположение, что технологии могут решить все наши проблемы со здоровьем, мы должны признать достижения и значительную ценность современной медицины. До 1930-х годов все лекарства, за исключением нескольких, были паллиативами, в лучшем случае облегчающими симптомы болезни. Сульфаниламиды были разработаны в 1930-х годах, пенициллин в 1940-х годах, а другие антибиотики в 1950-х годах. Все они стали важным дополнением к арсеналу врачей в долгожданной «войне с болезнями». Наиболее быстрое развитие технических достижений в медицине началось в конце 1930-х годов, ускорилось во время и после войны в 1940-х годах и достигло пика в 1950-х годах.

Однако лишь некоторые меры медицинской помощи оказали существенное положительное влияние на состояние здоровья населения. Кампании по иммунизации населения вакцинами против полиомиелита, начатые в 1950-х годах, сократили число случаев заболевания одним из самых страшных детских заболеваний с 18 000 в 1954 году до всего лишь шести в 1975 году. Заболеваемость краснухой, которая у беременных

[522] Роберт Дж. Хаггерти, «Сессия III — Сильные и слабые стороны современных систем комплексного медицинского обслуживания детей и молодежи», Американский журнал общественного здравоохранения, 60 (1970), 74-98

[523] Уолш Макдермотт, Курт В. Дойшле и Клиффорд Р. Барнетт, «Эксперимент по охране здоровья на многих фермах», Science, 175 (1972), 23–31

[524] Джоэл Альперт и др., «Оказание медицинской помощи детям: отчет об эксперименте», Педиатрия, 57 (1976), 917-30.

[525] Пол Старр, «Кому нужна медицина? Политика терапевтического нигилизма», Рабочие материалы для нового общества, 4 (лето 1976 г.), стр. 48–55

женщин может вызывать тяжёлые врождённые дефекты у их потомства, снизилась с более чем 47 000 случаев в год до широкого применения вакцины до 16 343 случаев в 1975 году, даже после ограниченной иммунизации населения[526].

Качественные услуги по охране материнского здоровья, включая дородовую и послеродовую медицинскую помощь, а также скоординированные социальные услуги, предоставляемые всему населению, могли бы существенно снизить уровень младенческой смертности. Дэвид Кесснер и другие исследователи, тщательно изучавшие рождение детей в Нью-Йорке в 1968 году, пришли к выводу, что предоставление адекватных услуг по охране материнского здоровья всем женщинам города снизило бы младенческую смертность на треть. Процент младенцев с низкой массой тела при рождении и младенческая смертность снижались по мере повышения качества услуг по охране материнского здоровья в каждой расовой, социально-экономической, социальной и медицинской группах риска. Среди матерей с высшим образованием дети, рожденные в условиях ненадлежащего ухода, умирали в два раза чаще, чем дети, рожденные в условиях надлежащего ухода. Среди чернокожих матерей с высшим образованием уровень детской смертности у тех, кто получал недостаточный материнский уход, был в шесть раз выше, чем у тех, кто получал адекватный уход[527]. Однако, как бы ни была ценна хорошая материнская забота, четверть существенного снижения уровня детской смертности в конце 1960-х годов объясняется тем, что женщины рожали в более низком рискованном возрасте (в основном в возрасте двадцати с небольшим лет) и имели меньше детей[528].

Таким образом, комплексное медицинское обслуживание может оказывать ограниченное, но положительное влияние на состояние здоровья. Некоторые вакцины существенно снизили уровень инфекционных заболеваний и смертности, хотя исторически большинство из них лишь ускорили и без того падающую тенденцию. Антибиотики и сульфаниламидные препараты также снизили инвалидность и смертность от инфекционных заболеваний. Недавно разработанные антибиотики значительно сократили периоды изоляции и выздоровления больных туберкулезом. Адекватная материнская

[526] Конгресс США, «Управление оценки технологий, Развитие медицинских технологий — возможности оценки» (Вашингтон, округ Колумбия: Правительственная типография, 1976), стр. 14-15

[527] Дэвид М. Кесснер и др., «Детская смертность: анализ материнского риска и медицинской помощи» (Вашингтон, округ Колумбия: Институт медицины Национальной академии наук, 1973), стр. 1-18

[528] Наоми М. Моррис и др., «Изменение распределения рождаемости по возрасту и снижению младенческой смертности». Американский журнал общественного здравоохранения, 65 (1975), 359-62

помощь может снизить уровень младенческой смертности, хотя в основном это снижение было и остается следствием улучшения условий окружающей среды и моделей деторождения. В-целом, комплексная первичная медицинская помощь может помочь ограничить прогрессирование заболевания и восстановить здоровое развитие и функционирование больного или травмированного ребенка или взрослого. Распространяясь на все население, такая помощь может способствовать улучшению общего состояния здоровья этой группы. В сочетании с социальными реформами, особенно теми, которые направлены на устранение классового неравенства, жестокости расизма и разрушения физической среды, качественная технологичная медицинская помощь и поддерживающие личные и социальные услуги могут уменьшить бремя болезней, которое несет отдельный человек, семья или общество. Однако с эпохи Прогрессивизма и до настоящего времени спонсируемые фондами и правительством медицинские исследования и медицинская помощь были узкотехнологичными и идеологически консервативными.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗНАЧЕЙСТВА

Вплоть до Второй мировой войны фонды, помимо медицинской профессии, играли ведущую роль в формировании направления медицинского образования и исследований, а в конечном итоге — медицинской теории и практики. К 1940 году только филантропические фонды Рокфеллера вложили более 161 миллиона долларов в медицинское образование и медицинские исследования[529].

До Второй мировой войны федеральное правительство оказывало незначительную поддержку медицинским исследованиям и образованию. В 1938 году исследовательский бюджет Службы общественного здравоохранения составлял всего 2,8 миллиона долларов. Однако для развития и применения медицинских исследований в военных целях в 1941 году в новом Управлении научных исследований и разработок был создан Комитет по медицинским исследованиям. К 1944 году комитет получил 15 миллионов долларов для выделения на медицинские исследования[530].

После войны федеральная поддержка медицинского образования и исследований расцвела. Сопротивление Американской медицинской ассоциации (AMA) прямой финансовой помощи медицинскому образованию удалось обойти, направив средства Хилл-Бертона в учебные больницы и открыв кран федеральной поддержки медицинским

[529] Шрайок, «Американские медицинские исследования», стр. 96–97; и Ежегодный отчет Совета по общему образованию, 1940 г., стр. 191–96
[530] Шрайок. «Американские медицинские исследования», стр. 277, 289

исследованиям, и то и другое было одобрено Американской медицинской ассоциацией (AMA). Национальные институты здравоохранения стали основным источником финансирования медицинских исследований. Их исследовательский бюджет удвоился с 28 миллионов долларов в 1950 году до 60 миллионов долларов в 1955 году и затем удваивался каждые два-три года вплоть до 1963 года. К 1975 году общие федеральные расходы на исследования в области здравоохранения достигли 2,8 миллиарда долларов, что составляет шестьдесят центов с каждого доллара, потраченного всеми источниками на исследования в области здравоохранения. В то время как расходы федерального правительства выросли более чем в тридцать шесть раз за этот период, взносы филантропов увеличились всего в шесть раз[531].

Чем был обусловлен этот астрономический рост государственной поддержки технологической медицины? Три группы интересов извлекли выгоду из этого акцента на технологической медицине и её финансирования: академическая медицина, корпоративный класс в целом, а также корпоративные и медицинские интересы, получающие прибыль от медицинских технологий. Именно эти группы в значительной степени открыли и поддерживали канал связи между федеральным казначейством и медицинскими исследованиями и разработками.

## «СУПЕРАКАДЕМИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ШТАБ»

Во-первых, влиятельная элита медицинских исследований выросла вокруг медицинских школ, университетов, частных исследовательских лабораторий, а также учебных больниц и клиник. Медицинские школы, однако, были основными бенефициарами фонда и правительственной щедрости на исследования, получая наибольшую долю денег и имея наибольшее влияние на направление и организацию медицинских исследований. После Второй мировой войны фонды исследований медицинских школ росли быстрее, чем операционный доход. К 1953 году исследовательские гранты составляли более четверти общего дохода медицинских школ США. Федеральная поддержка операционных и исследовательских расходов медицинских школ продолжала расти, превысив 1,4 миллиарда долларов в 1973 году, большая часть из которых приходилась на исследовательские субсидии. К концу семидесятых годов

[531] Основные данные, относящиеся к Национальным институтам здравоохранения, ред. 1974 и 1977 гг.; С.П. Стрикленд, «Интеграция медицинских исследований и политики здравоохранения», Science, 173 (1971), 1093; Стрикленд, Science, Politics, and Dread Disease (Кембридж, Массачусетс: Harvard University Press, 1972); и Исследовательский комитет NTH, «Биомедицинская наука и её администрирование, Исследование Национальных институтов здравоохранения» (Вашингтон, округ Колумбия: The White House, 1965)

около шестидесяти центов с каждого доллара, потраченного медицинскими школами, предоставлялись федеральным правительством, что в три раза больше его доли в 1950 году[532].

Число штатных исследователей и преподавателей среди врачей росло в соответствии с доступностью финансирования. Правительство, подобно филантропическим фондам Рокфеллера при Фредерике Т. Гейтсе, поощряло увеличение числа штатных клинических преподавателей — с 2200 в 1950 году до 24 000 в 1973 году, то есть на 1100%! Доля врачей, занятых преподаванием или научными исследованиями на постоянной основе, увеличилась с менее чем 2% от общего числа врачей в 1950 году до почти 5% в 1973 году[533].

Золото федеральных долларов, щедро одаривавшее медицинские школы после Второй мировой войны, раздробило их на группы фактически автономных кафедр. Кафедры и институты штатных преподавателей и исследователей росли как грибы после дождя в ответ на ту или иную программу финансирования. Империи были построены выдающимися преподавателями, которые, казалось, имели прямую связь с Национальными институтами здравоохранения. Администраторы медицинских школ и клинических больниц, желая расширить свои собственные владения материальной базой и персоналом, обхаживали чиновников фондов и правительства, ответственных за распределение исследовательских фондов, а также преподавателей, которые привлекали гранты и контракты. Преподаватели, преуспевшие в грантовом деле, а не лучшие преподаватели, были удостоены денег и престижа и стали образцами для подражания для студентов-медиков[534]. Ситуация остается неизменной и по сей день.

Видные представители этой академической медицинской элиты не только контролируют значительные суммы, выделяемые на

[532] American Foundation, Medical Research: A Midcentury Survey, т. 1 (Бостон: Little, Brown and Co., 1955), с. 144, 147; и David E. Rogers, «Medical Academe and the Problems of Primary Care», Journal of Medical Education, 50 (декабрь 1975 г., с. 2), с. 171–180. В 1967–1968 годах федеральная поддержка составляла 53% от операционного дохода медицинских вузов США, поддержка со стороны штатов и местных органов власти – ещё 15%, в то время как плата за обучение и сборы составляли всего 4%, а доход от целевого фонда – всего 3%; см. Ray E. Brown, «Financing Medical Education», в книге William G. Anlyan et al., eds., «The Future of Medical Education» (Дарем, Северная Каролина: Duke University Press, 1973), с. 180.

[533] Роджерс, «Медицинская академия»; Герман М. Сомерс и Энн Р. Сомерс, «Врачи, пациенты и медицинское страхование» (Вашингтон, округ Колумбия: Институт Брукингса, 1961), стр. 42; и Джеймс У. Бегун, «Уточнение данных о врачебном персонале», Medical Care, 15 (1977), 780–86

[534] См. Барбару Эренрайх и Джона Эренрайха, «Американская империя здравоохранения: власть, прибыль и политика» (Нью-Йорк: A Health-PAC Book, Vintage Books, 1971); а также Сесил Г. Шепс и Конрад Сайпп , «Медицинская школа, ее продукты и ее проблемы», Annals of the American Academy of Political and Social Science, 399 (январь 1972 г.), 38–49.

исследования из внешних, или внешкольных, источников, но и играют важную роль в определении того, кто ещё получит эти средства. Легко перемещаясь между медицинскими школами, институтами, фондами и государственными учреждениями, эта национальная академическая элита превратилась в мощную группу интересов. Ещё в 1927 году Ханс Цинссер жаловался, что «руководство медицинским образованием в значительной степени переходит из рук университетов» в руки «суперакадемического генерального штаба»[535].

Следуя велениям своего образования, интеллектуальной и практической компетентности, а также своим материальным интересам, это академическое медицинское лобби продвигало технологические и лечебные медицинские исследования, ориентированные главным образом на пациентов больниц и клиник медицинских вузов. Они поощряют выделение средств на медицинские исследования и определяют конкретные направления исследований и программы, на которые выделяются средства.

Но они и их учреждения зависят от внешних источников как капитальных, так и операционных расходов, и, как правило, очень чутко реагируют на агентства, которые оплачивают их счета. Их поддерживает более крупная медицинская профессия, которая выигрывает от производства знаний и технологий (некоторые товары медицинской практики), но более фундаментальная поддержка поступает извне. Эта поддержка зависит от совпадения интересов и программ этой зависимой группы с интересами и стратегиями экономически и политически более влиятельных групп. Сначала фонды, а затем федеральное правительство предоставляли эту финансовую поддержку и осуществляли сопутствующий контроль, именно того, чего опасался и от чего предостерегал профессию журнал Американской медицинской ассоциации ещё в 1901 году[536].

## КОРПОРАТИВНЫЙ КЛАСС

Как и в организации здравоохранения, фонды и государственные программы в области медицинских исследований представляют интересы корпоративного сектора общества. С момента основания Рокфеллеровского института медицинских исследований в 1901 году и

[535] Ханс Цинсер, «Опасности великодушия: проблема американского образования», Atlantic Monthly, 159 (1927), 246–250; см. также короткую статью директора Национального научного фонда Уильяма Д. МакЭлроя «Формирование научной политики», Труды Федерации американских обществ экспериментальной биологии, 31 (1972), 1553–1555.

[536] JAMA, 37 (1901), 200-01, предупреждал: «Богатые люди могут нанести вред делу медицинского образования», если их пожертвования не будут направляться частной медицинской практикой.

по настоящее время значительные суммы корпоративного богатства поддерживали медицинскую науку и ее технологические приложения. В 1975 году фонды внесли 64 миллиона долларов, в основном доход от своих корпоративных инвестиций, в медицинские исследования, в то время как сама частная промышленность потратила 1322 миллиона долларов на медицинские исследования и разработки[537]. Еще более важной была сильная политическая поддержка со стороны руководителей фондов и корпораций в отношении увеличения ассигнований из обширной федеральной казны. Частное богатство составляет лишь треть национальных расходов на исследования в области здравоохранения, но оно оказало влияние на получение остальных двух третей от государства.

Причины этой поддержки включают те же соображения, которые привели к основанию Института Рокфеллера. Как мы видели в главе 3, Гейтс и другие представители корпоративного класса приняли научную медицину, поскольку она поддерживала их политическую и экономическую борьбу. Технологическая медицина предоставляет корпоративному классу совместимое мировоззрение, эффективные методики, поддерживающий культурный инструмент и фокус на патологическом процессе в организме, что позволяет отвлечься от разрушительных для здоровья условий, в которых люди живут и работают.

Продолжая свою прежнюю политику, Фонд Рокфеллера в 1930-х годах возглавил усилия по развитию научного биологического подхода в медицине и интеграции химии и физики с биологией. Благотворительные фонды Рокфеллера, Мэйси, Милбанка и Форда также щедро поддерживали исследования психических заболеваний, почти полностью сосредоточенные на физиологических факторах и в меньшей степени на поведенческих исследованиях[538].

Подобно фондам и отдельным капиталистам в начале века, федеральные исследования в области здравоохранения были сосредоточены на узкотехнических компонентах болезни и смерти, а не на более широких экономических и физических условиях, столь важных для состояния здоровья населения. Исследования рака являются ярким, но типичным примером. На протяжении всего своего существования с 1937 года Национальный институт рака (NCI) искал ключ к пониманию этиологии, лечения и профилактики рака в основном в микробиологических исследованиях. В 1971 году администрация Никсона начала грандиозную «войну с раком», второй по значимости причиной смерти, и дала NCI солидное увеличение ассигнований на 62

[537] Основные данные, относящиеся к Национальным институтам здравоохранения, издание 1977 г.

[538] Американский фонд медицинских исследований, т. I, 11, 108-110, 132

процента на следующий год, самое большое с 90-процентного увеличения, которое он получил в 1957 году. К 1977 году годовой бюджет NCI вырос до 815 миллионов долларов — в три с половиной раза по сравнению с довоенным уровнем[539].

Ни Национальный институт рака, ни Американское онкологическое общество не проявили особого интереса к исследованию влияния окружающей среды на рак. Комитет Национального консультативного совета по раку при NCI выразил свое «удивление» тем, что Национальная программа по борьбе с раком выделила на эту область всего 10 процентов своего бюджета. В 1975 году NCI расширил свою программу по экологическим канцерогенам до 100 миллионов долларов (впечатляющая сумма, если не считать того, что это всего 17 процентов годового бюджета NCI). Эта мизерная доля, выделяемая на экологические причины рака, кажется особенно ироничной, поскольку директор NCI Фрэнк Дж. Раушер-младший неоднократно публично заявлял широко обоснованное мнение о том, что до 90 процентов всех случаев рака возникают в окружающей среде. По словам федеральных чиновников здравоохранения, эпидемиологические данные показывают, что по крайней мере 20 процентов, а возможно, и 40 процентов, всех случаев рака вызваны профессиональными канцерогенами, что является наиболее игнорируемой областью исследований экологических канцерогенов[540].

Более доминирующие направления исследований сосредоточены на возможных вирусных причинах, наследственных факторах и иммунологической защите в этиологии рака. Пока что безрезультатные поиски вирусного происхождения рака у человека стоили три четверти миллиарда долларов к 1977 году. Это и другие направления микробиологических исследований лишь незначительно способствовали улучшению показателей выживаемости большинства жертв рака. Раушер хвастался в 1974 году: «Пятилетняя выживаемость онкологических больных в 1930-х годах составляла примерно 1 из 5. Сегодня этот показатель составляет 1 из 3». Однако Дэниел Гринберг отмечает, что «практически все эти улучшения были достигнуты до 1955 года, когда, по иронии судьбы, федеральные расходы на исследования рака начали ускоряться до нынешнего уровня». Гринберг приписывает большую часть улучшения показателей выживаемости к середине пятидесятых годов послевоенному появлению антибиотиков и переливаний крови, которые снизили число смертей от онкологических

[539] Основные данные, относящиеся к Национальным институтам здравоохранения, 1974 и 1977 гг.

[540] «Forward Plan for Health», 1978–1982 финансовый год, стр. 97; Дэниел С. Гринберг. «Новая метла в Институте рака?», New England Journal of Medicine, 297 (1977), 679–680; Сэмюэл С. Эпштейн, «Экологические детерминанты рака у человека», Cancer Research, 34 (1974), 2425–35; и Los Angeles Times, 12 сентября 1978 г.

операций. «Дело не в том, что больше пациентов выживали после рака, — утверждает Гринберг, — а в том, что они выживали после операций по удалению рака», которые раньше убивали их». По мнению Гринберга, вклад химиотерапии, лучевой терапии и новых хирургических методов был незначительным[541].

Типичным примером является федеральная программа исследований рака, в рамках которой щедрые средства выделяются на микробиологические исследования многих заболеваний, но относительно скудная поддержка оказывается исследованиям профессиональных и других экологических причин. В 1977 году на изучение факторов окружающей среды было потрачено не более одной шестой части всех федеральных средств, выделяемых на исследования в области здравоохранения. Каждый пятый работающий шахтер в Соединенных Штатах становится жертвой чёрного легочного альвеолита (который ежегодно уносит жизни 4000 шахтёров), а в среднем один шахтёр погибает каждые два дня в результате несчастных случаев на шахтах. Тем не менее, сумма денег, потраченная на одного шахтёра в Соединенных Штатах на изучение способов улучшения охраны труда и техники безопасности, составляет лишь одну двадцатую от той, которая тратится в большинстве европейских стран[542].

Такое пренебрежение профессиональными и экологическими причинами заболеваний и смерти обусловлено не только теориями заговора. Медицинская профессия, как мы видели в предыдущих главах, связана с корпоративным классом. Медианный доход врачей, работающих в офисе, достиг 63 000 долларов в 1976 году, что позволило им войти в несколько верхних ступеней в структуре доходов общества[543]. Врачи, занимающиеся частной практикой, зарабатывают деньги на рыночной системе медицинских услуг, поощряя консервативную

[541] Гринберг, «Новая метла»; и Гринберг, «Война с раком: официальные вымыслы и суровые факты», Science and Government Report, 4 (1 декабря 1974 г.), 1–3. См. также «Forward Plan for Health», FY 1978–1982, стр. 97. Другие исследователи пришли к выводу, что некоторые улучшения в показателях выживаемости при раке при большинстве видов терапии обусловлены несовершенством методов регистрации опухолей: Ральф Д. Рейнольдс и др., «Выживаемость при раке лёгких», Western Journal of Medicine, 127 (1977), 190–194. Были достигнуты некоторые заметные улучшения в диагностике и лечении рака (особенно болезни Ходжкина и детской лейкемии), но они оказали очень незначительное влияние на общую смертность от рака и, конечно же, никак не повлияли на заболеваемость раком.

[542] «Перспективный план развития здравоохранения», 1978–1982 финансовый год, стр. 96; и Висенте Наварро, «Недостаточное развитие здравоохранения в рабочей Америке: причины, последствия и возможные решения», Американский журнал общественного здравоохранения, 66 (1976), 538–547

[543] Закари Й. Дайкман , «Исследование гонораров врачей» (Вашингтон, округ Колумбия: Президентский совет по стабильности заработной платы и цен, 1978), стр. 74–75

политическую позицию «свободного предпринимательства» и симпатию к другим предпринимателям в капиталистической системе.

Медицинские исследователи могут быть свободны от влияния рынка медицинских товаров, но, чтобы добиться славы и богатства, они должны подчиняться правилам «рынка» фондов медицинских исследований. Их зависимость от фондов и государственных финансирующих организаций ограничивает круг исследуемых ими проблем и методов, а также сдерживает их творческий интеллектуальный процесс. Таким образом, пагубное пренебрежение профессиональными, экологическими, социальными и экономическими факторами в медицинских исследованиях обусловлено неравномерной финансовой поддержкой узких микробиологических исследований, финансовыми и классовыми интересами медицинской профессии, механистической и редукционистской медицинской теорией и, соответственно, узкой технической подготовкой врачей.

Однако в основе этих в основном институциональных и классовых факторов лежит преднамеренная политика крупных корпоративных и политических институтов. Фонды, корпорации и государственные учреждения различаются между собой и с течением времени в своей финансовой и политической поддержке социальных и технических перспектив в медицине. Но в долгосрочной перспективе и в любое время они подавляющим большинством поддерживают технические перспективы, которые отделяют проблемы со здоровьем от их социального и политического контекста. Их политика отражает общую озабоченность корпоративного класса тем, чтобы любые избыточные заболеваемость и смертность не были отнесены к признанному неравенству капиталистического общества или к организации производства, которая ставит прибыль выше защиты окружающей среды и здоровья рабочих. Однако, в дополнение к этой широкой классовой заинтересованности в легитимации, растущая группа интересов внутри корпоративного класса имеет прямую финансовую заинтересованность в доминировании технологической медицины.

## МЕДИКО-ПРОМЫШЛЕННЫЙ КОМПЛЕКС

Интересы врачей, больниц, учёных-исследователей и медицинских промышленных корпораций совпадают в продвижении дорогостоящих медицинских технологий. Они выстроили прибыльный симбиотический союз, основанный на системе массового медицинского обслуживания, культурной близости общества и идеологической поддержке технологической медицины.

Недавний отчет Управления по оценке технологий Конгресса показал, как внедрение новых медицинских технологий создает или расширяет рынок. Большая часть рискового капитала предоставляется

правительством, хотя прибыль, полученная от продуктов этих исследований, достается частному сектору. В 1975 году федеральное правительство выделило около 2,8 млрд долларов из общей суммы в 4,6 млрд долларов, потраченных на исследования и разработки в области здравоохранения. Правительства штатов и местные органы власти покрыли около 5% от общей суммы, а частные некоммерческие организации дали еще 5%. Эти государственные и частные финансирующие организации предоставили почти все средства для фундаментальных исследований, фундаментальных лабораторных и клинических научных работ, которые разрабатывают новые знания в медицине. 1,3 млрд долларов, потраченных частным сектором, вместе со значительной долей государственных средств, пошли в основном на разработку продуктов и для создания технологий, которые могут использоваться в медицинской помощи[544].

Частная промышленность не только контролирует четверть всех средств, расходуемых на исследования и разработки, но и определяет, будут ли знания, полученные в ходе фундаментальных исследований, доступны в виде новых медицинских продуктов. Поскольку оба типа решений основаны на ожидаемой прибыльности инвестиций, а не на медицинской необходимости и безопасности, неудивительно, что производятся лекарства и оборудование сомнительной полезности, а зачастую и представляющие значительную опасность, а другие медицинские продукты так и не разрабатываются[545].

После разработки продукта или услуги основные медицинские группы, заинтересованные в её развитии, определяют её рынок. Производители товара расхваливают его преимущества и добиваются его принятия и продаж. Если препарат, инструмент или процедура повышают техническую эффективность врачей, они, скорее всего, будут их заказывать. Если они повышают статус или доход врачей, они, скорее всего, будут их использовать. Если их наличие в больнице, вероятно, привлечёт врачей или иным образом принесёт доход, больницы захотят их купить. Если расходы оплатят сторонние плательщики, это гарантированный выигрыш. Рост клинических лабораторных исследований иллюстрирует эффективность этих рыночных сил.

Автоматизированные анализаторы крови, впервые представленные в 1950-х годах и усовершенствованные с тех пор, позволяют выполнять множество «дополнительных» тестов на одном образце крови с низкой удельной стоимостью, но высокой совокупной

[544] Управление оценки технологий, Развитие медицинских технологий, стр. 80–87; Основные данные, относящиеся к Национальным институтам здравоохранения, издание 1977 г.

[545] Управление оценки технологий, Развитие медицинских технологий, стр. 80-81 и 85; см. также Милтон Сильверман и Филип Р. Ли, «Таблетки, прибыль и политика» (Беркли: Издательство Калифорнийского университета, 1974)

стоимостью. Врачи заказывают всё больше тестов, которые ранее считались ненужными и которые, по мнению многих аналитиков, не являются необходимыми «даже для самой строгой медицинской практики». Врачи часто не используют результаты назначенных ими тестов. По мере того, как росли опасения по поводу исков о врачебной халатности, врачи начали расширять рамки «защитной медицины», заказывая всё большее количество тестов, чтобы защитить себя от «судебных» пациентов. Рост программ оплаты третьими сторонами способствовал более активному использованию клинических лабораторий, и больницы сочли экономически выгодным расширение своих лабораторных мощностей. Между дополнительными сборами, которые могли взимать врачи, экономической «необходимостью», которую чувствовали больницы, упрощением платежей третьих сторон и рекламой компаний, занимающихся оборудованием и поставками, количество клинических лабораторных тестов достигло 5 миллиардов в 1975 году (в среднем двадцать три теста на каждую женщину, мужчину и ребенка в стране) и увеличивается на 11 процентов в год. Хотя автоматизированное лабораторное оборудование стоит дорого — например, новейший автоматический анализатор биохимии крови (SMAC 60) стоит более 250 000 долларов — это лишь незначительная часть затрат, генерируемых технологиями клинических лабораторий. 375 миллионов долларов, потраченных на лабораторное оборудование в 1975 году, составляли всего 2,5 процента от 15 миллиардов долларов расходов на клинические лабораторные испытания, большая часть которых ушла на помещения, расходные материалы, техническое обслуживание, персонал и прибыль лабораторий и врачей[546].

Стоимость этой и других медицинских технологий в системе массового медицинского обслуживания огромна и растёт практически в геометрической прогрессии. По оценкам, медицинские технологии составляют половину роста расходов на больничное обслуживание с 1965 по 1974 год, когда расходы больниц утроились[547].

В те времена, когда Фредерик Т. Гейтс мечтал о медицинских исследовательских лабораториях, раскрывающих тайны природы, медицинские технологии были ещё совсем молодой отраслью. Сегодня «медико-промышленный комплекс» — это огромный бизнес, поглощающий всё большую долю национальных расходов на здравоохранение за продукты и услуги, приносящие значительную

[546] Управление оценки технологий, Развитие медицинских технологий, стр. 11, 27
[547] Ibid., стр. 11–13, 20, 27. См. также Джеймс Л. Годдард, «Медицинский бизнес», в Scientific American, ред., Life and Death and Medicine (Сан-Франциско: WH Freeman and Co., 1973), стр. 120–125; Дэвид А. Льюинг, «Биомедицинская технология — все системы готовы», Barron's, 5 ноября 1973 г.; и Лоуинг , «Биомедицина изобилует рисками, а также выгодами», Barron's, 12 ноября 1973 г.; и Элиот Маршалл, «Встреча с машиной», New Republic, 19 марта 1977 г., стр. 16–19

прибыль производственным и торговым компаниям, исследователям, больницам, лабораториям и врачам. Однако экономической отдачи для этих групп интересов и политической ценности технологической медицины для корпоративного класса оказалось недостаточно для преодоления серьёзных экономических проблем, вызванных медицинскими технологиями в условиях субсидируемой рыночной экономики.

## ТЕХНОЛОГИИ В КРИЗИСЕ

По мере того, как больницы увеличивали свои расценки более чем вдвое по сравнению с темпами инфляции в остальной экономике, по мере того, как расходы на здравоохранение поглощали всё большую часть национальных ресурсов и федерального бюджета, по мере того, как медицинские льготы поглощали всё большую часть доходов корпораций, а медицинские расходы всё больше урезали доходы работников, лидеры правительства, корпораций, профсоюзов и потребителей всё больше критиковали бесконечное расширение капиталоёмкой медицины. Помимо требований регулирования расширения больниц и введения контроля за расходами, политическая поддержка развития медицинских технологий со стороны этих групп резко упала. Тенденция рыночной системы к производству и освоению чрезмерно дорогих медицинских технологий заставила пересмотреть ценность этих технологий.

Доктор Дэвид Роджерс, президент гигантского фонда Johnson Foundation, чьё богатство формируется за счёт поставок медицинского оборудования, призвал к «технологическому сдерживанию»[548]. Энн Сомерс, обычно отстаивающая интересы больниц, лаконично изложила аргументы против неограниченного расширения технологической медицины: «Чем более продвинутая и эффективная технология, тем выше общие расходы на здравоохранение»[549].

К середине шестидесятых годов поддержка дальнейшего роста технологической медицины начала угасать. Быстро растущие расходы на здравоохранение и хорошо документированная роль медицинских технологий в увеличении этих расходов омрачили ранее светлое будущее медицинских исследований и их применения. Война во Вьетнаме конкурировала за федеральные налоговые деньги, в то время как антивоенное движение и быстро растущее движение за защиту того, что осталось от окружающей среды, подрывали политическую поддержку

[548] Дэвид Э. Роджерс, «О технологических ограничениях», Архивы внутренней медицины, 135 (1975), 1393-97

[549] Энн Р. Сомерс, «Здравоохранение и политическая система: Возвращение к ученику чародея», в книге « Технологии и системы здравоохранения в 1980-х годах » (Роквилл, Мэриленд: Национальный центр исследований и развития служб здравоохранения, 1973), стр. 39

беспорядочного технологического развития. Фактическая война в американских городах в середине шестидесятых, требования которой были сформулированы движением за гражданские права и освобождение чернокожих, вынудила увеличить ассигнования на улучшение услуг в центре города, включая медицинские кафе. Сочетание всех этих факторов снизило политическую поддержку технологической медицины и сократило долю медицинских исследований в расходах на здравоохранение. Федеральные ассигнования на исследования в области здравоохранения, которые увеличились на 745 процентов в период с 1955 по 1965 год, увеличились менее чем на одну пятую от этого за следующие десять лет[550].

Фонды и правительство усилили поддержку исследований проблем предоставления медицинской помощи. Они поддерживали эксперименты и реформы, направленные на снижение стоимости медицинской помощи или улучшение доступа к низкотехнологичной первичной медицинской помощи. Они также вдохнули новую жизнь и придали значимость старой медицинской идеологии, оправдывавшей сокращение расходов на здравоохранение и предлагавшей замену легитимирующим функциям, выполняемым всё более дискредитирующей себя медицинской технологией.

## ОБВИНЕНИЕ ЖЕРТВЫ: НОВАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТАРОЙ ИДЕОЛОГИИ

Поначалу критика технологической медицины была сосредоточена на многочисленных системных факторах, способствовавших росту её использования. Медицинский экономист Виктор Фукс критиковал «технологический императив» в медицине – установку, согласно которой «если что-то технологическое может быть сделано для пациента, это должно быть сделано»[551]. Фукс объяснял эту тенденцию к ускорению подготовкой врачей, системой страхования возмещения расходов, которая поощряет использование дорогостоящих услуг, продвижением своей продукции фармацевтическими и медицинскими компаниями, а также давлением со стороны пациентов.

Разочарование в технической эффективности медицины, или, скорее, в ее неэффективности и ее опасностях, усилило нападение на медицинские технологии, которое началось с финансовых проблем медицины. Сомнения по поводу всего этого акцента на медицинских технологиях распространились от небольшого кружка академических

[550] Основные данные, относящиеся к Национальным институтам здравоохранения, 1974 и 1977 гг.

[551] Виктор Р. Фукс, «Растущий спрос на медицинскую помощь», New England Journal of Medicine, 279 (1968), 190-95

критиков в 1950-х годах до высших политических кругов правительства и фондов в 1970-х годах. Во второй половине пятидесятых годов Рене Дюбо[552] и несколько других наблюдателей указывали на тщетность опоры на медицину для лечения недугов, созданных социальной и физической средой. В семидесятые годы священник-иезуит и социальный философ Иван Иллич[553], министр здравоохранения и социального обеспечения Канады Марк Лалонд[554] и другие[555] критиковали медицину за болезнь, которую она порождает, за ее относительно небольшое положительное влияние на состояние здоровья и уровень заболеваемости и за расширение сферы ее контроля на все большее количество наших социальных и личных отношений.

Одним из результатов этой критики стала вера в то, что то, что врачи и медицинские технологии делают плохо, мы можем сделать лучше для себя. Критики медицины отстаивали индивидуальную «самопомощь» как источник освобождения от профессионального и технологического контроля. Многие из них, однако, расширили эту позицию, чтобы определить отдельных лиц как наибольшую опасность для их собственного здоровья. Масштабное исследование поведения в отношении здоровья в Калифорнии подтвердило точку зрения, что «образ жизни» человека является мощным фактором, определяющим состояние его или ее здоровья[556]. Фукс, игнорируя противоречащие эпидемиологические данные, утверждает, что «наибольший потенциал для снижения ишемической болезни сердца, рака и других основных

[552] Дюбо, «Мираж здоровья»

[553] Иван Иллич, «Медицинская Немезида: Экспроприация здоровья» (Нью-Йорк: Пантеон, 1976)

[554] Марк Лалонд, «Новый взгляд на здоровье канадцев» (Оттава: Правительство Канады, 1974 г.)

[555] О пределах современной медицины, помимо Иллича, см. AL Cochrane, «Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services» (Лондон: Nuffield Provincial Hospital Trust. 1972); Rick J. Carlson,» The End of Medicine» (Нью-Йорк: John Wiley, 1975); Victor Fuchs, «Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice» (Нью-Йорк: Basic Books, 1974); McKeown, «Conceptual Background»; McKeown, «Medicine in Modern Society; и Powles», «On the Limitations of Modern Medicine». О медицине как социальном контроле, помимо Иллича, см. Barbara Ehrenreich and John Ehrenreich, «Medicine and Social Control», и Irving Kenneth Zola, «Medicine as an Institution of Social Control», обе перепечатаны в John Ehrenreich, ed., «The Cultural Crisis of Modern Medicine» (New York: Monthly Review' Press, 1978). стр. 39-79 и 80-100 соответственно; Waitzkin and Waterman, «Exploitation of Illness», стр. 16-65. См. также классические работы Talcott Parsons, «The Social System» (New York: Free Press, 1951), и «Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure», в EG Jaco, ed., «Patients, Physicians, and Illness», 2nd ed. (Нью-Йорк: Free Press, 1972), стр. 107-127; и Томаса Саса, «Миф о психическом заболевании» (Нью-Йорк: Harper and Row, 1961)

[556] Недра Б. Беллок и Лестер Бреслоу, «Взаимосвязь между состоянием физического здоровья и методами лечения», Профилактическая медицина, 1 (1972), 409-21

причин смерти по-прежнему заключается в изменении личного поведения»[557]. Множество других академических исследователей и писателей в области здравоохранения и членов растущего движения за «целостное» здоровье зациклились на человеке как на ядре проблем со здоровьем[558]. Возможно, крайняя абсурдность этой позиции заключается в том, что причиной отравления свинцом маленьких детей в малообеспеченных районах является материнская депривация[559] и «дозволенная социализация орального поведения»[560], а не владельцы помещений, которые не удаляют отслаивающуюся свинцовую краску со стен своих съемных квартир и не перекрашивают их бессвинцовой краской, как того требует закон.

Эти аргументы быстро привлекли внимание ведущих политиков здравоохранения. Уолтер Макнерни, президент Ассоциации «Голубой крест», утверждает:

> *Мы должны прекратить бросать множество технологических процессов и систем на проблемы образа жизни и прекратить приравнивать больше медицинских услуг к лучшему здоровью... люди должны иметь возможность и волю брать на себя большую ответственность за собственное здоровье*[561].

Технологическая медицина становится непомерно дорогой, но перекладывание вины на жертв экономически выгодно. «Цена лени, обжорства, алкогольной невоздержанности, безрассудного вождения, сексуального безумия и курения теперь стала национальной, а не индивидуальной ответственностью, и всё это оправдано личной свободой», — утверждает доктор Джон Ноулз, влиятельный президент Фонда Рокфеллера. «Но свобода одного мужчины или женщины в вопросах здоровья теперь становится для другого оковами налогов и

[557] Фукс, «Кто выживет?», стр. 46. Некоторые эпидемиологические доказательства обратного см. в обсуждении, проведенном ранее в этой главе (стр. 219–223), и в прилагаемых ссылках.

[558] Критические обзоры этой литературы см. в статьях Роберта Кроуфорда «Вы опасны для своего здоровья: идеология и политика обвинения жертвы». International Journal of Health Services, 7 (1977), 663–80; Навarро « Медицина при капитализме», стр. 103–31; и Говарда С. Берлинера «Развивающиеся идеологии в медицине», Review of Radical Political Economics, 9 (весна 1977), 116–24.

[559] Дж. В. Мейгс, «Могут ли концепции охраны труда помочь нам справиться с отравлением детей свинцом?», Американский журнал общественного здравоохранения, 62 (1972), 1483-85

[560] Пранаб Чаттерджи и Джудит Х. Геттман , «Отравление свинцом: субкультура как способствующий фактор?» Американский журнал клинического питания, 25 (1972). 324–30

[561] Конференция «Будущие направления в здравоохранении: аспекты медицины», спонсируемая Ассоциацией Голубого Креста, Фондом Рокфеллера и Программой политики здравоохранения Калифорнийского университета (Сан-Франциско), Нью-Йорк, декабрь 1975 г., стр. 4–5.

страховых взносов». Ноулз строго предупреждает, что «цена индивидуальной безответственности в вопросах здоровья стала непомерной»[562]. Фукс критикует то, что он считает «„решительным отказом“ признать, что люди несут какую-либо ответственность за свои собственные страдания»[563]. А Леон Касс, отрицая, что здоровье или здравоохранение являются правом, заявляет, что «здоровье — это обязанность, что у человека есть обязательство сохранять собственное хорошее здоровье». Касс, профессор медицины и биоэтики, продолжает осуждать «чрезмерную озабоченность здоровьем», например, «когда фобия рака приводит к правительственному регулированию, которое необоснованно ограничивает производственную деятельность или личную свободу»[564].

Индивидуальная неэффективность долгое время использовалась для объяснения того, почему бедные и расовые меньшинства реже, чем более обеспеченные группы, обращаются за врачебной и стоматологической помощью, особенно профилактической. Специалисты в области здравоохранения и их коллеги-ученые часто приходят к выводу, что низкая востребованность услуг отражает недостаточное понимание важности профилактики и раннего лечения заболеваний, а также недостаточную мотивацию к их использованию[565]. «Неполное использование» и неодобряемый образ жизни, с этой точки зрения, являются индивидуальными недостатками, которые, возможно, можно исправить с помощью образовательных программ — возможности профессионального вмешательства, чтобы научить бедных «правильным» привычкам в области здоровья и важности медицинских услуг.

Отношение к здоровью, безусловно, влияет на поведение, но существуют убедительные доказательства того, что при наличии доступных и комплексных медицинских услуг у представителей расовых меньшинств и малоимущих уровень их использования сопоставим с уровнем населения в целом[566]. Эти данные подтверждают аргумент о том,

[562] Там же, стр. 2-3
[563] Фукс, «Кто выживет?», стр. 27
[564] Леон Р. Касс , «О конце медицины и стремлении к здоровью», Public Interest, № 40 (лето 1975 г.), 39, 42
[565] См., например, EA Suchman , «Социальные модели болезни и медицинской помощи», в EG Jaco, ред., Patients, Physicians, and Illness, стр. 262-79; SS Kegeles и др., «Обзор убеждений о диагностике рака и прохождении теста Папаниколау», Public Health Reports, 80 (1965), 815-24; и W. A Wingert и др., «Эффективность и результативность местных средств медицинской помощи в педиатрическом амбулаторном отделении», American Journal of Public Health, $a65 (1975), 849-57
[566] MR Greenlick et al., «Сравнение использования услуг медицинской помощи малоимущим населением с медицинской точки зрения и населением с общим членством в комплексной программе предоплаченной групповой практики», Medical Care, 10 (1972), 187–200; Alpert et al., «Оказание медицинской помощи детям»; RJ

что более низкий уровень использования таких медицинских услуг является результатом структурных и функциональных проблем в самих службах, а не нарушений в работе потенциальных пользователей.

Обвинение жертв использовалось не только для объяснения более низкого уровня использования услуг бедными, но и как способ уменьшить использование медицинских услуг получателями Medicaid. Чтобы сократить растущие расходы на программы Medicaid, администрация Никсона и консервативные губернаторы создали барьеры для использования услуг. Устанавливая ограничения на посещения врачей и стоматологов, особенно для профилактической помощи, и создавая бюрократические задержки для госпитализации (например, требуя от врачей получения предварительного разрешения перед госпитализацией пациента Medicaid в больницу), штат заставил «бенефициаров» своих программ платить за финансовые проблемы рыночной системы[567]. Аналогичным образом, пациенты Medicare были вынуждены платить более высокие франшизы и доплаты, чтобы побудить их тратить меньше на свое лечение. В связи с недавней кампанией по возложению большей ответственности на человека, рабочий и средний классы, а также бедные, в первую очередь обвиняются в том, что они заболевают.

Перспективы введения национального медицинского страхования породили опасения, что дальнейшее обобществление расходов на медицинское обслуживание лишь усугубит «технологический императив». Вместо того чтобы подвергнуть сомнению многолетнюю политику рационализации частного медицинского рынка, политики здравоохранения сосредоточились на людях, которые осмеливаются поддаться опасностям жизни в нашем обществе. Бросаясь лишь пустыми словами о необходимости что-то делать с физической средой и

Haggerty, K J. Roghmann и IB Pless , Child Health and the Community (Нью-Йорк: John Wiley, 1975); и C. H Goodrich, M. Olendzki и G. Reader, Welfare Medical Care: An Experiment (Кембридж, Массачусетс: Harvard University Press, 1970). См. также CK Reissman , «Использование медицинских услуг бедными», Social Policy, 5 (май–июнь 1974 г.). 41–49; и Джон Б. МакКинли и Диана Б. Даттон, «Социально-психологические факторы, влияющие на использование медицинских услуг», в книге С. Дж. Машкина «Стимулирование потребителей к здравоохранению» ( ред. С. Дж. Машкин, «Consumer Incentives for Health Care» (Нью-Йорк: Prodist , 1974), стр. 251–303, где представлен обзор этой проблемы и литературы. Мифы о причинах, по которым пациенты пропускают приёмы у врача, опровергаются в книге Филипа Герца и Паулы Л. Стэмпс «Переоценка поведения при выполнении назначений», American Journal of Public Health, 67 (1977). 1033–36

[567] Примером такой программы может служить статья Эрла У. Брайана, главы Агентства здравоохранения и социального обеспечения штата при губернаторе Калифорнии Рональде Рейгане, «Государственный контроль за использованием больниц — опыт Калифорнии», New England Journal of Medicine, 286 (1972), 1340–1344.

социально-экономическими условиями, которые, как известно, порождают болезни, они занимают идеологическую позицию, менее опасную для капиталистического общества, важными членами которого они являются. Технологическая медицина оказалась дорогостоящей аппаратной системой, легитимность которой была подорвана. Обвинение жертвы — это дешевая и идеологически безопасная альтернатива.

Однако стратегия обвинения жертвы вызывает сопротивление. Некоторые должностные лица общественного здравоохранения выступили против этой точки зрения. «Для подавляющего большинства людей в нашем обществе, — утверждал С. Арден Миллер, президент Американской ассоциации общественного здравоохранения, — жизненные обстоятельства, ведущие к плохому здоровью, не являются делом личного выбора, а навязываются людям социально-экономическими условиями, в которых они родились»[568]. В рабочем движении также развивается оппозиция скринингу работников на наличие вредных для здоровья привычек и «чувствительности» или «восприимчивости» к профессиональным канцерогенам, а также запрету работы женщинам фертильного возраста на опасных работах в свинцовой и химической промышленности вместо устранения опасностей на рабочем месте[569].

Альтернативой обвинению жертв и узкотехнологическим подходам к экологически обусловленным заболеваниям является «экологическая» стратегия. В этой модели медицинские работники анализируют различные факторы, способствующие возникновению проблем со здоровьем, а затем совместно с пострадавшими разрабатывают социальные, политические и медико-технические стратегии для их изменения[570]. Индивидуально ориентированная лечебная медицина, очевидно, необходима, поскольку люди не идеально адаптированы к какой-либо физической или социальной среде. Но здравоохранение должно делать больше, чем просто заклеивать раны, созданные дисгармонией между человеком и окружающей средой.

[568] К. Арден Миллер, «Общественные изменения и общественное здравоохранение: новое открытие», Американский журнал общественного здравоохранения, 6б (1976), 54–60

[569] См. Кроуфорд, «Вы опасны для своего здоровья», стр. 673–674, особенно цитату бывшего президента профсоюза UAW Леонарда Вудкока. Другой пример подобной программы см. в отчёте о «Программе здоровья сотрудников» Министерства труда, программе лечения алкоголизма, призванной «стабилизировать поведение на работе», в статье К. Дж. Шрамма «Измерение окупаемости затрат на программу: оценка многопрофильной программы лечения алкоголизма», American Journal of Public Health, 67 (1977), стр. 50–51.

[570] Э. Ричард Браун и Глен Э. Марго, «Медицинское образование: можно ли реформировать реформаторов?» Международный журнал медицинских услуг, 8 (1978), 3-26

Значительная часть этой дисгармонии является результатом эксплуатации физической и социальной среды ради прибыли, процесса, в котором рак, вызванный профессиональным и экологическим загрязнением, высокое кровяное давление из-за стресса и чрезмерно высокая смертность, связанная с бедностью и расизмом, считаются «социальными издержками» производства. Однако политическое давление может быть направлено на изменение этих условий и, в конечном итоге, на реорганизацию производства вокруг социальных потребностей, а не частного накопления капитала.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Американское общество сталкивается с системой здравоохранения, которая одновременно и дорога, и неспособна удовлетворить важные потребности населения в здравоохранении. Несмотря на многолетние усилия по повышению эффективности и доступности медицины, система, похоже, остаётся невосприимчивой к фундаментальным изменениям. Однако сами попытки реформирования в корне ошибочны.

С первых медицинских филантропических программ Рокфеллера и до открытия федерального казначейства для сектора здравоохранения основной стратегией повышения эффективности медицины были биомедицинские исследования и развитие технологической медицины. Технический прогресс был весьма значительным, но его результаты не были распределены справедливо, не координировались рационально с необходимой первичной медицинской помощью и не сопровождались поддержкой улучшений в физической и социальной среде. Технологические решения также всё больше заменяли личный уход и эмоциональную поддержку в отношениях между врачом и пациентом. Как мы видели, эти акценты оказали лишь ограниченное положительное влияние на здоровье населения. Сохранение таких узкотехнических подходов объясняется их полезностью для влиятельных классов и групп интересов. Для представителей корпоративного класса технологическая медицина легитимировала их экономическое и политическое господство, отвлекая внимание от последствий их контроля, то есть от таких «социальных издержек», как классовое неравенство, доминирование по признаку расы или пола, профессиональные риски и ухудшение состояния окружающей среды. Для медицинской профессии знания, накопленные медицинской наукой, и методы медицинских технологий стали основой для претензий врачей на монополию на власть в медицинской практике. За последние несколько десятилетий медицинские технологии стали основой для целой новой отрасли – группы интересов, которая напрямую извлекает выгоду из акцента на технических подходах к решению проблем здравоохранения. Технологическая медицина принесла пользу всем этим группам, и они, в

свою очередь, способствовали её развитию.

Благотворительные фонды Рокфеллера также положили начало длительному процессу рационализации медицинской помощи. К этой кампании присоединились группы как в здравоохранении, так и за его пределами, и в последние несколько десятилетий она пользовалась всё большей поддержкой государства. Политическая власть медицинской профессии была достаточно велика, чтобы блокировать первоначальные попытки подчинить все элементы системы иерархии организационного управления. Поэтому элементы стратегии рационализации были реализованы там, где сопротивление было наименьшим. Программы добровольного медицинского страхования – частные, а затем и государственные – развивались преимущественно вокруг больничного обслуживания, финансируя расширение высокотехнологичной медицины, в центре которой находилась больница. Рационализация частного медицинского рынка способствовала росту капиталоёмкого сектора медицинских товаров, который играет важную роль в технологической медицине. Частный контроль над этим рынком, акцент на медицинских технологиях и обобществление расходов сторонними плательщиками – всё это привело к резкому росту расходов, усугубляя финансовые проблемы государства и выкачивая всё большие средства из экономики.

Реформаторы медицины из высшего общества, от Гейтса и его коллег по фонду до нынешних государственных чиновников, не желали полностью противостоять частному рынку, что порождало глубокое противоречие в их борьбе за рационализацию медицины. Они выступали за развитие частного рынка с законодательной и финансовой поддержкой вместо национализации здравоохранения. Нынешний кризис – результат этого политико-экономического процесса. Он был неизбежным лишь потому, что те, кто формировал систему, верили в потребности и ограничения капиталистических экономических и социальных отношений или, по крайней мере, принимали их. Если бы Гейтс и последующие лидеры фонда и правительства в области медицины были привержены идее того, чтобы здравоохранение служило потребностям большинства населения, а не нуждам капитализма и интересам корпоративного класса, был бы выбран другой курс. Даже сегодня комплексная, централизованно планируемая национализированная система здравоохранения могла бы эффективно контролировать расходы и предоставлять равные услуги всему населению. Здравоохранение могло бы быть более эффективным в улучшении здоровья, если бы его исследования и действия были направлены на экологические условия примерно в той же пропорции, в какой эти условия способствуют заболеваемости и смерти.

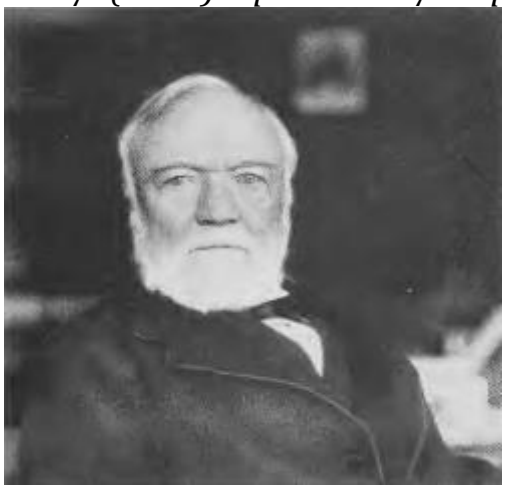
Но нельзя рассчитывать на то, что политики здравоохранения внесут эти фундаментальные изменения. Будучи представителями

корпоративного класса или отождествляя себя с его интересами, они считают, перефразируя смелый афоризм Чарльза Уилсона: «Что хорошо для бизнеса, то хорошо для Америки». Более того, капиталистический сектор медицины разбогател и стал могущественным, используя экономическое и политическое влияние страховых компаний, банков и промышленных корпораций для активной поддержки сохранения частного медицинского рынка. Национальное медицинское страхование поддерживается, поскольку оно способствует дальнейшему социализации расходов на лекарства, но национализация медицины в рамках национальной системы здравоохранения неприемлема для могущественных сил частного рынка и поэтому игнорируется политиками здравоохранения. Вместо того, чтобы коренным образом реформировать систему здравоохранения, они перекладывают бремя контроля расходов на людей, страдающих заболеваниями, ограничивая их доступ к услугам и требуя улучшения здоровья путем изменения поведения.

Однако даже создание национальной системы здравоохранения не обязательно положило бы конец роли медицины в легитимации корпоративно-капиталистического общества. Скорее, это позволило бы этим идеологическим функциям меньше конкурировать с потребностями рынка. Без проблем с доступом, сохраняющихся в нынешней рыночной системе, «лечебное служение», как Гейтс называл медицину, могло бы привнести индивидуально-ориентированные, технические подходы и методы в решение проблем здоровья всего населения.

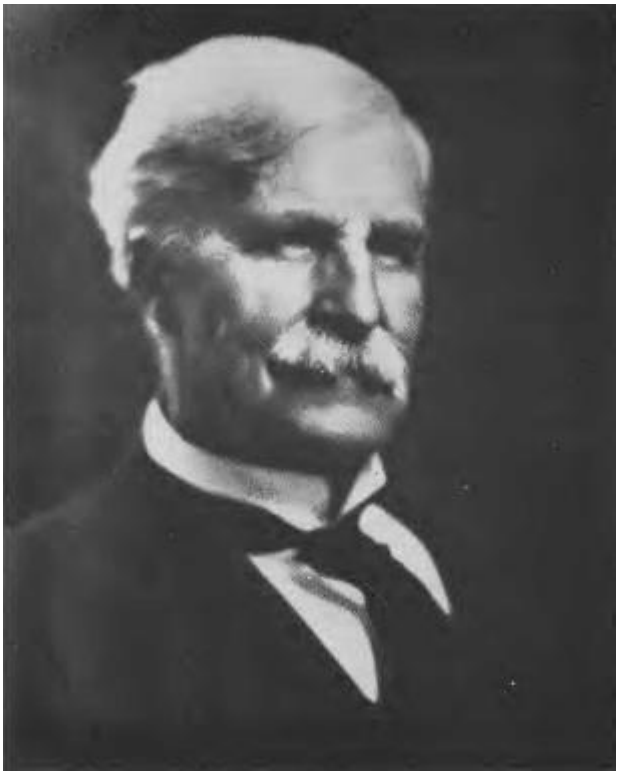
Здравоохранение потенциально может многое предложить. Мы справедливо ожидаем, что оно будет предотвращать болезни, диагностировать наши недуги, облегчать наши боли и, когда мы больны, возвращать нас, по крайней мере, к нашему обычному уровню функционирования. Если бы оно не было искажено своим характером товара и идеологическими функциями, которые от него требуются, здравоохранение вполне могло бы развиваться так, как мы этого хотим. Возможно создать систему здравоохранения, которая эффективно обслуживает потребности большинства в здравоохранении, а не экономические и политические интересы поставщиков услуг и высших классов. Однако сомнительно, что такая система здравоохранения может быть реализована в капиталистическом обществе, приверженном, как это и должно быть, сохранению главенствующей роли накопления капитала. Тем не менее, борьба за эту новую систему здравоохранения может внести вклад в более масштабную борьбу за новый, более справедливый экономический и социальный порядок.

*Джон Д. Рокфеллер, чьё состояние в Standard Oil финансировало обширные благотворительные фонды его имени, и Джон Д. Рокфеллер-младший, унаследовавший финансовую империю и благотворительные фонды своего отца (1921). Архивный центр Рокфеллера.*



*Эндрю Карнеги, «стальной король», чей фонд финансировал доклад Флекснера, ставший важной вехой в реформе медицинского образования (1914 г.).*
*Фонд Карнеги по развитию преподавания*

*Генри С. Притчетт, первый президент Фонда Карнеги (около 1925 г.). Фонд Карнеги по развитию преподавания*

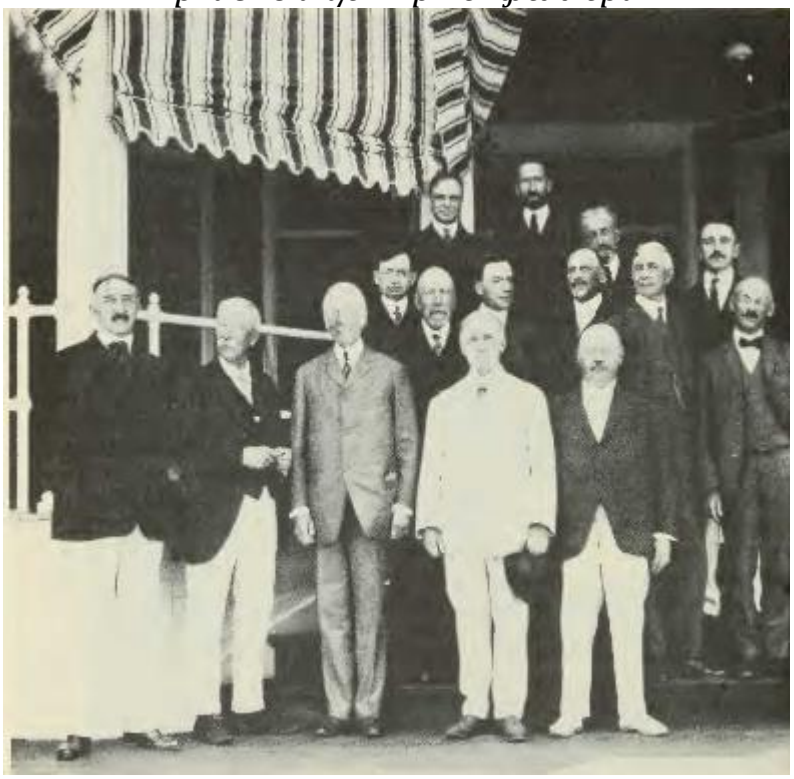


*Фредерик Т. Гейтс, баптистский священник, ставший архитектором филантропических программ Рокфеллера и главой его финансовой империи (1922). Архивный центр Рокфеллера*

*Фредерик Т. Гейтс (сидит) и доктор Саймон Флекснер, создатель и первый директор Рокфеллеровского института медицинских исследований соответственно. Архивный центр Рокфеллера*

*Первоначальный состав Совета директоров Рокфеллеровского института медицинских исследований. Слева направо: Саймон Флекснер (директор), Теобольд Смит, Герман М. Биггс, Уильям Х. Уэлч (первый декан Медицинской школы Джонса Хопкинса), Т. Митчелл Прадден, Л. Эмметт Холт, Кристиан А. Хертер. Архивный центр Рокфеллера.*

*Авраам Флекснер, автор знаменитого доклада Фонда Карнеги о медицинском образовании и первый директор благотворительных программ Рокфеллера в области медицинского образования Архивный центр Рокфеллера*



*Попечители Совета по общему образованию, первого фонда Рокфеллера, на выездном собрании в Рокленде, штат Мэн, в июле 1915 года. Первый ряд, слева направо: Эдвин А. Эйдерман, Фредерик Т. Гейтс, Чарльз У. Элиот (бывший президент Гарвардского университета), Гарри Пратт Джадсон (президент Чикагского университета), Уоллес Баттрик (исполнительный директор Совета). Второй ряд, слева направо: Уиклифф Роуз (руководитель программ общественного здравоохранения Рокфеллера), Холлис Б. Фрисселл, Джон Д. Рокфеллер-младший, Э. К. Сейдж. Альберт Шоу, Авраам Флекснер. Третий ряд, слева направо: Джордж Э. Винсент (президент Фонда Рокфеллера), Энсон Фелпс Стоукс, Старр Дж. Мерфи, Джером Д. Грин. Архивный центр Рокфеллера*